



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**O papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições
não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto**

Sara Isabel Alves Valente Carracha

Lisboa

2015



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**O papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições
não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto**

Sara Isabel Alves Valente Carracha

Orientador: Prof.^a Esmeralda Maria Batalha Henriques Afonso

Lisboa

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“(...) cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer,
(...) podendo transformar o parto numa experiência
única e inigualável para quem o vive”.

(Coutinho, 2006, p. 66)

AGRADECIMENTOS...

- **À docente, orientadora do meu percurso, Professora Esmeralda Afonso...**

... pela sinceridade e confiança demonstradas, pela exigência, pela motivação e pelos momentos de partilha de saberes, despertando-me para a reflexão e autocritica e possibilitando assim o meu desenvolvimento pessoal e profissional neste percurso.

- **À EEESMO orientadora no Bloco de Partos...**

...pela excelência na qualidade dos cuidados, por me envolver na magia da filosofia de um cuidar único e individualizado, “olhando” a singularidade de cada casal. Por permitir a minha evolução no saber especializado e me ajudar no desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira obstetra... Considero-a um elemento de referência para os estudantes, para outros profissionais e, certamente, para muitas grávidas e suas famílias!

- **À minha família, em especial ao meu marido e à minha filha...**

... pelo incentivo, pelo apoio e pela paciência ao longo desta caminhada. Pelo amor e pelo carinho com que sempre me apoiaram, por compreenderem os momentos em que vos privei de estarmos juntos, por partilharem as minhas alegrias e frustrações,...por estarem sempre ao meu lado. Especialmente à minha filha, pelo sorriso lindo que ilumina os meus dias...foi, sem dúvida, a maior motivação!

- **Aos meus pais...**

... que embora já não estejam entre nós, acredito que estariam muito orgulhosos deste meu percurso, porque sempre me educaram para colocar tudo o que tenho nas “pequenas coisas” que faço...

- **Aos meus amigos e colegas de trabalho**, que contribuíram simplesmente por estarem presentes....

- **Às mulheres e famílias** que me permitiram fazer parte do seu momento especial...

A todos... muito obrigada!

RESUMO

A vivência da gravidez e do nascimento de um filho revestem-se de grande emotividade para o casal e respetiva família. O enfermeiro obstetra, fundamentado no seu saber, nas suas competências, na experiência e evidência científica, contribui assim com a prestação de cuidados especializados que permitem ao casal transitar para uma parentalidade positiva.

Este relatório corresponde à descrição, análise e reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem, sobretudo no âmbito da unidade curricular “Estágio com relatório”, percurso este que me permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, inserida na família e comunidade, no âmbito pré-natal, nos diferentes estádios do trabalho de parto (TP), contemplando os cuidados ao feto/recém-nascido (RN) e a transição para a parentalidade e ainda, em situação de urgência obstétrica e ginecológica.

Destaco a temática específica, onde desenvolvi competências sobre: *O papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto*, utilizando como referencial teórico o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

A posição a adotar no 2º estágio do trabalho de parto é assim uma temática pertinente e atual que, para além da sua abordagem em TP, deve cursar a vigilância pré-natal, de forma a responder às expectativas dos casais e para que estes possam efetivamente tomar decisões conscientes e informadas. Na resposta a esta área específica, foi utilizada a revisão da literatura, que a par da observação participante, me permitiram planear e implementar intervenções baseando a prática na melhor evidência disponível. O enfoque nesta temática em particular contribuiu grandemente para o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais, numa prática clínica onde se evidencia a autonomia do enfermeiro obstetra na promoção do parto normal.

Palavras-Chave: “Cuidado de enfermagem”, “2º estágio do Trabalho de Parto”, “posições não supinas em Trabalho de Parto”.

ABSTRACT

The experience of pregnancy and birth are moments of great emotion for couple and their family. The Midwife, based on their knowledge, their skills, experience and scientific evidence, contributes to provide specialized care that allow couple carried forward to positive parenting.

This report reflects my learning journey, developing knowledge and skills in providing specialized nursing care to women, as a member of the family and community in prenatal context, different stages of labor (TP), fetus/newborn care, transition to parenthood and also in obstetrical and gynecological emergency.

In this report, I also want to highlight the specific subject in which I developed more skills: The Midwife's role in the Promotion of Non-supine positions during the 2nd Stage of Obstetric Labor, having as a theoretical reference the Betty Neuman Systems Model.

The position on the 2nd stage of labor is thus a current and relevant theme, which in addition to its approach in labor, must attend antenatal surveillance, in order to meet the expectations of couples and so that they can actually make informed decisions. In response to this specific area, a narrative review of the literature was used, which together with a systematic review and a participant observation, allow me to plan and implement interventions based practice on the best evidence available. The approach of this issue in particular contributed to the development of technical-scientific and relational skills in a clinical practice where it shows the autonomy of midwife in promoting normal birth.

Keywords: "Nursing care", "second-stage labor", "non-supine position in labor".

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação dos Batimentos Cardio-Fetais
Ag HBS	Antigénio de Hepatite B
AM	Aleitamento Materno
APEO	Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras
APPT	Ameaça de Parto Pré-Termo
BP	Bloco de Partos
BSG	Boletim de Saúde da Grávida
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CPPP	Curso de Preparação para a Parentalidade
CTG	Cardiotocografia
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
EBSCO	Elton B. Stephens Company Publishing
EC	Ensino Clínico
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
ER	Estágio com Relatório
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (International Federation of Gynecology and Obstetrics)
HTA	Hipertensão Arterial
IA	Índice de Apgar
ICM	International Confederation of Midwives
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
LA	Líquido Amniótico
Lac.	Laceração
LTM	Líquido Tinto Mecónio

MCEESMO	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Occipito-posterior
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPTP	Paragem de Progressão do Trabalho de Parto
RCM	Royal College of Midwife
RH	Rhesus
RN	Recém-Nascido
RPM	Rotura Prematura de Membranas
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SAPE	Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem
SDR	Síndrome de Dificuldade Respiratória
SMMF	Serviço de Medicina Materno-Fetal
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUOG	Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
TP	Trabalho de Parto
UC	Unidade Curricular
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
Vit.	Vitamina
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. As posições não supinas como prática promotora do parto normal	13
1.2. As posições não supinas no 2º estágio do TP	15
1.3. O cuidar especializado na promoção de posições não supinas	20
2. METODOLOGIA E PLANO DE TRABALHO	23
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR ESPECIALIZADO	25
3.1. O cuidado de enfermagem à mulher/família que recorre ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica	26
3.2. O cuidado de enfermagem à mulher/família durante o trabalho de parto	34
3.3. O cuidado de enfermagem na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP	48
3.3.1. Revisão da literatura – Metodologia da RSL	49
3.3.2. Prática baseada na evidência	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICE	
Apêndice – Apresentação dos artigos selecionados para a revisão da literatura	

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge como instrumento formativo e de avaliação referente à Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrada no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), e como documento a submeter a discussão pública para obtenção do grau de mestre.

O Estágio com Relatório, decorreu no Bloco de Partos (BP) e no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, da região sul do país, entre 3 de Março e 10 de Julho de 2015, com uma duração total de 750 horas.

Na elaboração deste relatório pretendo assim descrever e analisar criticamente o meu percurso formativo, tendo por base os objetivos delineados, as atividades realizadas e os resultados obtidos, auto avaliando-me e avaliando o contributo desse mesmo percurso formativo para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira obstetra. De acordo com a International Confederation of Midwives (ICM, 2013 p.2), o enfermeiro obstetra é o “(...) profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar apoio, cuidados e aconselhamento necessários (...)”. De um modo geral, o meu objetivo para este ER foi desenvolver competências no âmbito das intervenções comuns e específicas do EEESMO, aprofundando conhecimentos e evoluindo na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade, no período pré-natal, em trabalho de parto (TP), no pós-parto, abarcando os cuidados ao recém-nascido (RN) e ainda em situação de urgência obstétrica ou ginecológica.

Concomitantemente, propus-me abordar uma temática atual e pertinente, que visa aprofundar conhecimentos e desenvolver competências numa área específica da saúde materna: **o papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto.**

São vários os autores que fazem referência a posições verticais e neutras como alternativas à litotomia no 2º estágio do TP. Embora, para muitos, o termo “posições verticais” seja utilizado sem mais se especificar, outros há para quem

esta diferença na designação se justifica. As posições verticais surgem assim relacionadas com o facto de se beneficiar da força da gravidade, como sendo a posição de pé, de cócoras, de joelhos, semi-sentada ou sentada, enquanto a posição de Sims (lateral) e a posição de quatro apoios, ou “de gatas” são consideradas posições neutras (Lamaze, 2009; Amorim, Porto e Souza, 2010; FAME e APEO, 2009; Romano e Lothian, 2008). Ao longo deste trabalho refiro-me a posições não supinas, considerando assim todas as posições verticais e/ou neutras, dependendo dos autores.

A atualidade e a pertinência desta temática prendem-se sobretudo com as expectativas dos casais, que cada vez mais procuram no nascimento do seu filho uma vivência humana e natural, com uma assistência sensível às suas vontades, mas simultaneamente, com o crescente interesse pela promoção do parto normal. Nunca, como hoje, este assunto se revelou tão pertinente, e é neste sentido que importa reinscrever a naturalidade do período gravídico e do parto, porque existem casais que perspetivam uma assistência personalizada, assumindo um papel ativo, e porque existem profissionais de saúde, que baseando a sua prática na individualidade dos cuidados, acreditam “(...) que a mulher tem o direito a vivenciar o parto (...) segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar”, assegurando o bem-estar materno-fetal (OE e APEO, 2012 p.12).

Importa restituir o parto a quem efetivamente pertence, apoiar e facilitar as tomadas de decisão, ir ao encontro das expectativas dos casais, garantindo a privacidade, a individualidade e a autodeterminação da mulher e, conjuntamente, a segurança e qualidade nos cuidados prestados. Foi neste sentido que pretendi adquirir conhecimentos e desenvolver competências, baseando-me no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, refletindo e contribuindo para a mudança de práticas, para que no futuro, enquanto enfermeira obstetra, na relação com o outro, possa efetivamente cuidá-lo com qualidade.

A decisão pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman como orientador da prática, surge essencialmente por me identificar com os pressupostos da autora na promoção do bem-estar da mulher e sua família enquanto sistema, avaliando e intervindo de modo a assegurar a estabilidade/homeostase desse mesmo sistema e, simultaneamente, desenvolvendo competências enquanto futura enfermeira obstetra. Por outro lado, e no meu entender, é o Modelo que melhor

se coaduna à temática específica deste trabalho, pois acredito poder criar um ambiente favorável ao TP, garantindo o bem-estar materno-fetal e respeitando as escolhas da mulher com o envolvimento do acompanhante, através da promoção de uma posição não supina no 2º estágio do TP.

Assim, delineei como objetivos para o ensino clínico (EC) ER:

1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, que recorrem ao SUOG, estando a vivenciar processos de saúde/doença/risco obstétrico e/ou ginecológico.
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e família durante os diferentes estádios do TP, promovendo a transição para a parentalidade e a adaptação do RN à vida extra uterina.
3. Desenvolver competências técnico-científicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em quatro pontos. No primeiro apresento o enquadramento teórico, que serve de suporte teórico e fundamentação para as atividades desenvolvidas ao longo dos vários EC e em particular na UC Estágio com Relatório. No ponto 2, abordo a metodologia subjacente à elaboração do presente trabalho. No terceiro ponto, descrevo o meu percurso de aprendizagem, analisando e refletindo sobre a forma como contribuiu para o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro obstetra. Por último, no quarto ponto, é efetuada uma apreciação global daqueles que foram os contributos deste trabalho e de tudo a ele inerente sob a forma de considerações finais. Apresento ainda, em apêndice, um documento que considerei pertinente constar neste trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O “mistério da vida”! É desta forma que muitos designam a gravidez, vivida numa expectativa crescente, em que laços afetivos vão sendo consolidados, envolvendo de magia o momento do nascimento. De facto, a espetacularidade de um corpo que se transforma para permitir gerar e fazer nascer um outro ser, tem-se constituído como fenómeno de interesse ao longo dos anos, contudo, talvez por ser cada vez mais adiado e menos frequente, encontra-se “profundamente medicalizado e psicologizado” (Leal, 2005 p.9). É inegável que a implementação de práticas altamente tecnológicas contribuiu para a melhoria dos resultados perinatais, mas não podemos descurar que se incorreu numa assistência ao parto menos individualizada e mais intervencionista e instrumentalizada, gerando medo e insatisfação nas mulheres que projetaram o seu parto como um momento único, natural e inesquecível (OE e APEO, 2012).

Importa, assim, refletir em que medida as práticas são promotoras do parto normal e baseá-las na melhor evidência disponível, desenvolvendo uma praxis consolidada “(...) em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Regulamento n.º122/2011, p.8649).

Este ponto está organizado em 3 subpontos. No primeiro subponto abordo a temática das posições não supinas enquanto prática promotora do parto normal. No subponto 1.2 abordo, fundamentalmente, os efeitos das posições não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto, sendo que, a importância do enfermeiro obstetra na promoção desta prática é abordada no subponto 1.3.

1.1. As posições não supinas como prática promotora do parto normal

A posição que a mulher assume no TP influencia as adaptações anatómicas e fisiológicas necessárias neste processo (Lowdermilk e Perry, 2006). Desde sempre a mulher procurou instintivamente uma postura verticalizada para parir, pretendendo ser favorecida pela força da gravidade e assim facilitar a progressão do nascimento, mas simultaneamente para se sentir mais confortável (Lamaze, 2009; Silva *et al.*, 2007). Contudo, com o advento do parto instrumentalizado, esta prática foi-se dissipando (Lamaze, 2009; Silva *et al.*,

2007), verificando-se ainda alguma tendência para a horizontalização do parto, grandemente relacionada com a resistência de alguns profissionais de saúde e o reduzido empoderamento das grávidas (OE, 2013a).

São várias as entidades internacionais, entra as quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO,1996) e o Instituto Lamaze Internacional (2009), que recomendam o estímulo a posições não supinas no TP. Segundo a OMS (WHO,1996), uma postura verticalizada ou com uma inclinação lateral durante o 2º estágio do TP revelam ser mais vantajosas que a posição supina. O Instituto Lamaze International (2009, p.3) “(...) recomenda as posições verticais, de gatas ou laterais para parir.”

No documento “Iniciativa Parto Normal”, subscrito pela FAME e APEO (2009, p.82/85), no que respeita às posições no período expulsivo, pode igualmente ler-se que “está demonstrado que as posições verticais (...) têm benefícios evidentes. Por isso, (...), dever-se-á favorecer a posição vertical e evitar o uso da posição supina (...)”, devendo o enfermeiro obstetra “ (...) adquirir experiência em assistir partos em diferentes posições”.

Em Portugal, esta preocupação é por demais evidente, no documento de consenso ratificado pela Direção Geral da Saúde (DGS), OE e APEO (OE e APEO, 2012) que refere, de entre as práticas mencionadas como promotoras do parto normal, a importância da liberdade de movimentos privilegiando uma posição vertical em TP, devendo esta ser incentivada.

Mais recentemente, em 2013, o projeto da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) - Ordem dos Enfermeiros (OE): “Maternidade com Qualidade”, apresenta como indicador de evidência e medida o “estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto”, procurando melhorar os indicadores da prática clínica, entre outros, a diminuição das episiotomias, e do número de partos instrumentalizados (incluindo cesarianas), garantido assim melhores cuidados (OE, 2013a).

O elevado número de cesarianas é igualmente uma preocupação da DGS contemplada no PNS 2012-2016, que, com o objetivo de obter ganhos em saúde, prevê como meta para 2016 a diminuição da percentagem dos partos por cesariana. A posição materna assume aqui particular importância, pois de acordo com Zwelling (2010), a posição supina e a imobilidade podem contribuir para um aumento do risco de cesariana ao dificultar a descida do feto através do canal de

parto. Ainda no âmbito deste indicador, a OE (2013b, p.14) apresenta como proposta para melhorar a eficiência do SNS, “a redução da taxa de cesarianas para 20%, através da promoção do parto normal, até 2015”, envolvendo todos os intervenientes no nascimento, particularmente os EEESMO, contribuindo assim para a diminuição dos custos de financiamento e do tempo de internamento, mas sobretudo para os ganhos em saúde materno-fetal.

1.2. As posições não supinas no 2º estágio do TP

O 2º estágio do TP é, por definição, o período que decorre desde a dilatação completa até à expulsão do feto (Graça, 2010), sendo que muitas das práticas utilizadas na assistência a este estágio não se baseiam em evidências científicas sólidas nem tão pouco nas escolhas dos casais, mas sim na resistência à mudança de alguns profissionais de saúde e eventualmente nas suas preferências (Harper, 2005; Amorim; Porto e Souza, 2010; OE, 2013a). Contudo, começa a assistir-se atualmente a uma preocupação no modo como o TP é abordado, procurando atender-se às expectativas dos casais, mantendo a segurança e a qualidade nos cuidados (Nogueira, 2012). De facto, esta deveria ser a conduta ideal, assente no equilíbrio “(...) entre a possibilidade de um parto vaginal, que deve ser [primeiramente considerada e] maximizada, [e] os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados” (Amorim, Porto e Souza, 2010 p.584). É neste sentido que se torna basilar a procura de evidência científica, que possa sustentar a prática na prestação de melhores cuidados, promovendo o aspeto fisiológico que caracteriza o parto e incentivando a adoção de posições não supinas.

As vantagens da utilização de posições verticais em TP, são claramente evidentes na maioria dos estudos. A mecânica do parto numa posição vertical, é influenciada pela força da gravidade que favorece a ampliação dos diâmetros pélvicos e a consequente descida da apresentação fetal (alinhamento do feto na bacia materna), resultando numa diminuição do 2º estágio do TP (Romano e Lothian, 2008; FAME e APEO, 2009; Nogueira, 2012; Amorim, Porto e Souza, 2010; Lamaze, 2009; Silva *et al.*, 2007; Gizzo *et al.*, 2014). Li Thies-Lagergren *et al.* (2013), consideram mesmo, como principal conclusão do seu estudo, o encurtamento do 2º estágio do TP em mulheres que pariram na posição sentada.

Num estudo comparativo entre mulheres com analgesia loco-regional, Golar *et al.* (2002), tinham igualmente concluído existir uma diminuição do 2º estágio do TP. Contrariamente, Bomfim-Hyppólito, na investigação que desenvolveu em 1998, refere que apesar de se verificar um encurtamento deste estágio na posição vertical, os resultados não têm significado estatístico comparativamente com a posição horizontal, facto este corroborado pela recente revisão sistemática da literatura (RSL) conduzida por Gupta *et al.* em 2012. Kemp *et al.* (2013), numa RSL também não encontraram diferenças significativas entre as posições verticais e supina no que respeita à duração do 2º estágio do TP.

Assume-se igualmente como vantagem da posição vertical, uma melhoria da dinâmica uterina, com contrações mais regulares, intensas e eficazes, potenciadas pela pressão da apresentação fetal no colo uterino e consequente segregação de ocitocina favorecendo os esforços expulsivos espontâneos (FAME e APEO, 2009; Silva *et al.*, 2007; Gizzo *et al.*, 2014). Simultaneamente, a ausência de compressão dos vasos sanguíneos centrais (aorta e veia cava), traduz-se em melhores resultados materno-fetais, observando-se melhoria nos valores tensionais maternos, bem como na irrigação placentar, com efeitos na frequência cardíaca e no pH fetais.

A posição vertical está assim, para muitos autores, associada a uma menor percentagem de padrões anómalos na frequência cardíaca fetal (FCF) (Romano e Lothian, 2008; FAME e APEO, 2009; Roberts e Hanson, 2007; OE, 2013a; Lamaze, 2009; Nogueira, 2012; Amorim, Porto e Souza, 2010; Gupta *et al.*, 2012), tendo inclusivamente sido descrita uma diminuição do pH fetal em partos na posição dorsal (Humphrey, 1974 cit por Bomfim-Hyppólito, 1998). Bomfim-Hyppólito (1998), todavia concluiu, pela avaliação do índice de Apgar, não existirem diferenças significativas na amostra de RN cujo parto decorreu numa posição vertical ou horizontal (não sendo possível no estudo perceber se se trata de uma posição horizontal dorsal ou lateral). Contrariamente, Mouta, Pilotto, Vargens e Proganti (2008), concluíram que o índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minutos, foi significativamente mais frequente nos partos em posição vertical, se comparados com aqueles que ocorreram em posição horizontal. Mais recentemente, Li Thies-Lagergren *et al.* (2013) e Gizzo *et al.* (2014) vêm acrescentar, pelas conclusões dos seus estudos, não existirem diferenças entre os grupos comparados para os resultados neonatais.

A posição vertical surge ainda associada a uma diminuição dos partos instrumentados e da percentagem de episiotomias (Gupta *et al.*, 2012), com consequente redução de complicações maternas e neonatais. A International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2012) inclusivamente sugere o uso de posições verticais ou laterais, em detrimento das supinas ou litotomia, como intervenção no sentido de reduzir a necessidade de partos vaginais instrumentados. Curiosamente, Golara *et al.* (2002), na investigação que compara mulheres em posição vertical e horizontal sob analgesia epidural, relata uma diminuição nos partos instrumentais em posição vertical, contudo sem relevância significativa. Mais recentemente, em 2013, Kemp *et al.*, numa RSL sobre a posição do 2º estágio do TP em mulheres também com analgesia epidural, não identificaram diferenças significativas entre a posição vertical e supina.

A estática fetal claramente favorecida numa postura vertical, pela gravidade, pelo incremento dos diâmetros pélvicos e pela eficácia da contratilidade uterina, contribui para a resolução de situações de assinclitismo, facilitando a rotação da cabeça fetal em TP e prevenindo ou corrigindo distócias (FAME e APEO, 2009; OE, 2013a; Romano e Lothian, 2008; Gizzo *et al.*, 2014). Gizzo *et al.* (2014) relatam uma diminuição da persistência de variedades occipito-posteriores (OP) em mulheres que assumiram posições alternativas à supina em TP, com efeitos na decisão pelo parto vaginal, em detrimento da cesariana. Stremmler *et al.* (2005), sugerem ainda a posição de quadrúpede como a mais eficaz no que respeita à rotação da cabeça fetal de uma variedade OP para anterior, bem como no alívio de algias lombares persistentes. Ainda na investigação de Gizzo *et al.* (2014), a taxa de episiotomias nas mulheres que assumiram uma posição horizontal é de 100%, comparativamente a 32,7% em mulheres com posições de parto alternativas (consideradas no estudo, as posições verticais em pé, sentada, cócoras e quadrúpede).

A posição vertical permite a mobilidade do cóccix e alivia a pressão no sacro, diminuindo desta forma o estiramento perineal. A redução da percentagem de episiotomias é ainda corroborada nos estudos de Gupta *et al.* (2012), Roberts e Hanson (2007), Silva *et al.* (2007), Romano e Lothian (2008) e por outras organizações, como o Instituto Lamaze (2009), a FAME e APEO (2009) e a OE

(2013a), sendo incentivada como prática promotora do parto normal (WHO, 1996; OE e APEO, 2012).

No desenvolvimento das suas investigações, alguns autores tiveram a oportunidade de observar uma diminuição significativa no nível de dor verbalizado e, conseqüentemente, na solicitação de analgesia, pelas mulheres em TP numa posição vertical (Gizzo *et al.*, 2014; Lawrence, 2009). Facto este, atestado pela FAME e APEO (2009), que apresentam como possível justificação, o aumento de endorfinas e a conseqüente diminuição da sensação dolorosa pelo início dos esforços expulsivos voluntários numa posição mais confortável. Por outro lado, as posições não supinas parecem favorecer o alívio da dor lombar, pela redução da pressão local (exercida pelo útero grávido em posição de litotomia), nomeadamente nas posições de joelhos, sentada e de quatro apoios (FAME e APEO, 2009; Stremler *et al.*, 2005).

Ainda segundo Wong e colaboradores (2003 cit por Roberts e Hanson, 2007), a permanência prolongada numa posição dorsal com uma exagerada flexão dos membros inferiores está relacionada com o aparecimento de lesões neurológicas pós-parto, que poderão ser minimizadas com o incentivo às posições não supinas.

A maioria dos autores tem uma opinião coincidente no que respeita ao aumento da taxa de lacerações perineais (de segundo grau), podendo ser encarado como uma desvantagem da posição vertical (Gupta *et al.*; 2012; Silva *et al.*, 2007; FAME e APEO, 2009; OE, 2013a). Contudo, alguns estudos apresentam-nos resultados contraditórios, ou pouco significativos, a este nível, o que nos permite questionar esta desvantagem. Para Bomfim-Hyppólito (1998, p.67,70), a incidência de trauma perineal (“vaginal or vulvo-perineal lacerations”), na posição vertical ou horizontal são similares, sendo que a grande diferença surge quando se consideram para análise apenas as mulheres com história de episiotomia anterior, apresentando valores de 47,8% numa posição vertical e 71,2% para a posição horizontal, facto este, que o autor justifica pelo relaxamento perineal, favorecido pela abdução dos membros inferiores¹. Gupta *et al.*, numa revisão da literatura em 2012, vão ao encontro destes resultados, concluindo não existirem diferenças na percentagem de lacerações perineais de 2º grau, quando

¹ “The opening of the thighs facilitates the relaxation of the perineum and thus reduces the possibility of injury” (Bomfim-Hyppólito, 1998, p.70)

analisada comparativamente a posição supina e de cócoras. Contudo, os mesmos autores, concluíram para a posição sentada e, de uma forma global para as posições verticais, existir um aumento das lacerações perineais de 2º grau, com uma diminuição significativa da percentagem de episiotomias.

Já em 1990, Olson *et al.* (cit. por Bomfim-Hyppólito, 1998), faziam referência à redução da proporção e severidade das lacerações vulvoperineais e mais recentemente, em 2011, Thies-Lagergren *et al.* corroboram, referindo não existir um aumento das lacerações perineais numa posição vertical, mesmo assistindo-se a uma redução na duração do 2º estágio do TP. De acordo com Gizzo *et al.* (2014), apesar de existir uma diminuição do estiramento perineal na posição vertical, a posição sentada, pelo aumento da pressão no sacro, pode conduzir a um maior risco de trauma perineal. Mouta, Pilotto, Vargens e Proganti (2008), concluem, pela investigação desenvolvida, que as lacerações perineais foram, na sua maioria, de 1º grau sendo que, a posição vertical não evidenciou a ocorrência de lacerações que exigissem reconstituição. Alguns estudos, relatam inclusive o aumento da incidência de períneos intactos numa posição lateral em TP (Shorten *et al.*, 2002; FAME e APEO, 2009).

Outra desvantagem apontada pela evidência científica à posição vertical é o aumento da perda sanguínea via vaginal (Gupta *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2007; FAME e APEO, 2009; OE, 2013a), sem no entanto constituir risco significativo para a mulher, visto na sua maioria não existir a necessidade de transfusão (Romano e Lothian, 2008). Bomfim-Hyppólito, em 1998, concluía no seu estudo, ao comparar mulheres em TP numa posição vertical (sentada) e horizontal, não existirem diferenças com significância estatística entre ambos, embora, no grupo das mulheres que assumiram uma posição vertical, a perda sanguínea fosse ligeiramente superior (com diferenças nos valores de hemoglobina e hematócrito mas não significativas) sugerindo, deste modo, a adoção de uma posição supina após a expulsão fetal, para ser realizada a dequitação. De Jonge *et al.* (2007), numa investigação mais recente e específica sobre o aumento da perda sanguínea nos partos em posição vertical, vem concluir que nas posições sentada e semi-sentada o aumento da perda sanguínea ocorreu apenas em mulheres com trauma perineal, não se verificando uma associação entre este incremento e as referidas posições nas mulheres com períneo intacto

Ao longo dos anos o risco aumentado de hemorragia, ao assumir uma posição vertical no 2º estágio do TP, tem sido estudado e apontadas várias justificações. A posição sentada pode comprometer o retorno venoso, originando edema e podendo conduzir a um aumento da perda de sangue quando ocorre trauma perineal (Goodlin e Frederick, 1983 cit por De Jonge et al, 2007; de Jong *et al.*, 1997). Por outro lado, também tem sido sugerida a influência da posição vertical na contração uterina pós-parto, sobretudo nas multíparas com um TP rápido, evidenciando um aumento estimado da hemorragia pós-parto na referida posição (Stewart *et al.* 1983, cit por De Jonge *et al.*, 2007).

A maioria dos estudos, no que respeita a esta temática, faz a comparação entre a posição supina e a posição vertical sentada (numa cadeira ou banco), constatando-se, em algumas investigações, resultados dispares quando são abordadas outras posições alternativas à supina, como a de cócoras, não se comprovando diferenças significativas (Bodner-Adler *et al.*, 2003; Gardosi, *et al.*, 1989 cit por De Jonge *et al.*, 2007).

Relativamente à satisfação da mulher, alguns autores referem a opção materna por uma posição vertical em partos posteriores (FAME e APEO, 2009). Roberts e Hanson (2007), aludem para o facto das mulheres verbalizarem preferir a posição que adotaram (reclinada ou vertical), sentindo-se mais confortáveis. Curiosamente, para De Jonge e Lagro-Janssen (2004) a possibilidade da mulher influir na decisão sobre a posição de parto, por si só, pode constituir-se como um contributo positivo para a experiência de parto, circunstância esta que o enfermeiro obstetra deve seriamente considerar.

1.3. O cuidar especializado na promoção de posições não supinas

A OMS (WHO, 1996 p.4) define parto normal como de “início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até ao nascimento (...)”. Neste contexto, e tendo por base o parto como processo fisiológico, o enfermeiro obstetra é o profissional melhor qualificado para assistir ao parto normal (OE e APEO, 2012; ICM, 2013) desempenhando, no exercício da sua profissão, intervenções autónomas em situações que envolvem baixo risco/normalidade (Regulamento nº127/2011), onde a posição para parir deve ser profundamente abordada.

Para Romano e Lothian (2008) os enfermeiros são os profissionais que se encontram na condição privilegiada de fornecer cuidados que, baseados na evidência científica, ajudam a mulher grávida na tomada de decisão informada. Os mesmos autores asseguram ainda que os enfermeiros são elementos fundamentais na mudança de práticas hospitalares. Na mesma linha de pensamento, De Jonge e Lagro-Janssen (2004), acrescentam a importância do enfermeiro na capacitação da mulher para escolher as posições em TP, aconselhando e dando ajuda prática desde o pré-natal até ao nascimento.

O recurso a posições não supinas no 2º estágio do TP e a garantia do sucesso desta prática estão intimamente ligados à capacidade e à experiência do enfermeiro especialista no apoio à mulher que opta por outras posições que não a de litotomia (WHO, 1996), sendo necessário investimento, conhecimento e formação nesta área específica. Segundo De Jonge, Teunissen, Diem, Scheepers e Lagro-Janssen (2008) e mais recentemente, Li Thies-Lagergren *et al.* (2013), os enfermeiros e alunos de enfermagem precisam ganhar experiência em ajudar a parir numa posição não supina, consciencializando-se da importância da sua atuação na assistência e concomitantemente na educação para a saúde, contribuindo para escolhas informadas, entre elas a decisão de ter um filho numa posição alternativa à supina (FAME e APEO, 2009; Royal College of Midwives, 2011; Nogueira, 2012).

Do ponto de vista conceptual, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman fornece um fundamento alargado para a prática, o ensino e a investigação científica em enfermagem. A sua abordagem holística torna este Modelo particularmente aplicável a clientes que experimentem *stressores* complexos com efeito em múltiplas variáveis (Freese, 2004), sendo ajustável à prática de cuidados centrados na pessoa e família. Tendo por base este Modelo, a pessoa é considerada um sistema-cliente aberto, sujeita a *stressores* do ambiente, passíveis de afetar uma ou mais variáveis que a constituem, influenciando as suas respostas e conduzindo a um estado de maior ou menor bem-estar (Freese, 2004). Enquanto sistema, o cliente pode ser um indivíduo, um grupo, uma família ou uma comunidade (Neuman e Fawcett, 2011), e o enfermeiro atua em todas as variáveis que afetam as suas respostas aos fatores de stress. Para Betty Neuman, a mulher constitui um sistema aberto em constante interação com outros sistemas que podem influenciar a sua harmonia, o seu equilíbrio, e o

cuidado de enfermagem tem assim como principal objetivo ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. A prevenção como intervenção está na base da aquisição desse bem-estar, sendo executadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que possam afetar o cliente e a dinâmica funcional do seu sistema, em qualquer situação que se encontre (George, 2000), o que fundamenta a sua aplicabilidade no cuidado à mulher/família em TP.

Durante o TP, a mulher/casal podem estar expostos a inúmeros *stressores*, podendo o “ambiente” influenciar positiva ou negativamente a experiência do nascimento. Fatores como a dor, o medo, a medicalização em excesso, a falta de informação e suporte efetivo, bem como as intervenções obstétricas desnecessárias, podem contribuir como fatores de stress, conduzindo à insegurança/medo e comprometendo a progressão fisiológica do TP. O EEESMO pode assim intervir no “ambiente criado” da parturiente, indo ao encontro das suas expectativas/preferências de nascimento, com vista a aumentar assim o seu bem-estar. O apoio efetivo numa posição não supina no 2º estágio do TP e a educação para a saúde no período pré-natal, podem deste modo, ser utilizadas como “prevenção enquanto intervenção” no TP para o fortalecimento das “linhas internas de resistência” da parturiente, protegendo a sua “estrutura básica” dos sintomas de stress. Compete assim ao EEESMO prestar os cuidados adequados, assegurando o equilíbrio entre as necessidades da mulher/família e a sua capacidade de resposta para a satisfação das mesmas.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman assume particular importância porque na gravidez e em TP é fundamental estar desperto para a existência de *stressores* que os podem condicionar, e o enfermeiro obstetra, pela assistência à mulher neste período, é o profissional com a competência necessária para o fazer, porque é importante facilitar a aprendizagem, desenvolver habilidades, respeitar as preferências da mulher/casal, fomentando a sua capacidade enquanto participante ativa e o apoio dos familiares que a acompanham (forças intra e interpessoais), porque privilegia o cuidado de enfermagem na criação de um ambiente favorável ao bem-estar, garantindo o respeito mútuo, a relação de confiança e a partilha de conhecimentos na promoção de uma parentalidade mais positiva.

2. METOLOGIA E PLANO DE TRABALHO

É fundamental definir a metodologia de uma forma explícita, no sentido de compreender a estratégia utilizada e a evolução do plano de trabalho.

No que respeita à temática específica do ER, o seu planeamento teve início aquando da elaboração do projeto (na UC – Opção) que, embora sujeito a reformulações, constituiu-se como um recurso importante, permitindo-me estruturar e perspetivar algumas atividades a realizar ao longo dos vários EC, com maior enfoque no ER.

Os objetivos, apresentados na introdução, foram definidos tendo por base a referida temática mas, simultaneamente, contemplando um conjunto de competências inerentes ao enfermeiro especialista na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, cujo desenvolvimento e análise são abordados no ponto 3.

A pesquisa bibliográfica foi igualmente uma constante nos vários EC, através de uma revisão narrativa da literatura, que me permitiu conhecer o “estado da arte” relativamente ao papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições não supinas durante o 2º estágio do TP, e assim justificar a sua pertinência e o motivo pela escolha desta temática, como refiro na introdução e no enquadramento teórico do presente trabalho. Posteriormente, foi ainda efetuada uma revisão da literatura baseada na metodologia da RSL, surgindo como uma atividade inerente ao objetivo 3, cujos resultados contribuíram para enriquecer a evidência científica, apresentada no enquadramento teórico, e fundamentar os cuidados prestados em todo o percurso de aprendizagem, no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência (abordada no ponto 3 do presente relatório).

Os resultados da literatura, a par da constante partilha de conhecimentos e experiências com outros profissionais, resultaram igualmente na elaboração de um guião de observação e colheita de dados relativamente à temática específica que, de um modo informal, fui preenchendo ao longo do EC, sob a forma de “notas de campo”. A análise crítica da minha experiência no que respeita ao desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira obstetra e particularmente em relação ao tema escolhido foi também recorrente, com efeitos

no desenvolvimento de um pensamento crítico e na capacidade de refletir a prática com vista à melhoria na qualidade dos cuidados.

Recorri ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman como referencial teórico orientador da prática clínica. As intervenções e os cuidados prestados tiveram assim por base a evidência científica e o contexto, valorizando um planeamento individualizado e centrado na mulher/casal enquanto sistema.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR ESPECIALIZADO

O enfermeiro especialista é detentor de um “(...) conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem (...)” demonstrando elevados níveis de “(...) julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas (...)”, em função das respostas humanas individuais aos processos de saúde-doença ou risco e num contexto de intervenção também ele singular (Regulamento n.º 122/2011). Foi neste sentido, e tendo por base a especificidade da área obstétrica e ginecológica, que o percurso académico desenvolvido ao longo destes dois anos e em particular nesta UC, foi crucial, onde me deparei com todo um conjunto de intervenções especializadas que facilmente permitiram a articulação e a mobilização de conhecimentos atuais, bem como a implementação, o desenvolvimento e a sedimentação de competências transversais a outras UC.

Neste ponto descrevo sucintamente as experiências e as atividades concretizadas com vista ao desenvolvimento de competências específicas, apresentadas sob a forma de objetivos, realizando simultaneamente uma análise crítica do percurso formativo e refletindo sobre o seu contributo para o meu crescimento e evolução enquanto futura enfermeira obstetra. A par do desenvolvimento de competências específicas, o aperfeiçoamento da capacidade de análise reflexiva foi igualmente uma preocupação ao longo deste EC, questionando a prática e criando a necessidade e o dever de a discutir e refletir, baseando-me no conhecimento, na evidência científica e na experiência dos profissionais.

Este ponto está dividido em 3 subpontos. No 2.1 faço uma abordagem geral sobre o cuidado de enfermagem à mulher/família que recorre ao SUOG. No subponto 2.2, descrevo e analiso a minha experiência no cuidado à mulher/família durante o TP e por fim, no subponto 2.3, abordo o cuidado de enfermagem na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP, descrevendo, analisando e refletindo sobre a minha experiência, fundamentalmente na UC ER.

3.1. O cuidado de enfermagem à mulher/família que recorre ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica

O cuidar especializado na área ginecológica e obstétrica assume contornos especiais no serviço de urgência obstétrica e ginecológica. A especificidade de cuidados, verdadeiramente desafiante, desenvolvida neste contexto, justifica a pertinência de um dos objetivos que defini para a UC Estágio com Relatório: *desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, que recorrem ao SUOG, estando a vivenciar processos de saúde/doença/risco obstétrico e/ou ginecológico.*

Começo por referir e analisar as experiências e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, no âmbito da ginecologia e depois no âmbito, mais específico, da obstetrícia.

Relativamente à **área ginecológica**, e de acordo com o Regulamento n.º122/2011, ao enfermeiro obstetra compete promover a saúde ginecológica, prevenindo e/ou diagnosticando precocemente complicações, no cuidado à mulher e família que vivencia processos de saúde/doença ginecológica. No sentido de desenvolver competências a este nível, prestei cuidados de enfermagem especializados, planeando, implementando e avaliando as intervenções de forma personalizada e em estreita articulação com a equipa multidisciplinar.

Foram vários os motivos que levaram a mulher a recorrer ao SUOG, sendo que as queixas mais frequentes se traduziram em diagnósticos de infeções urinárias/vaginais, doença inflamatória pélvica, miomas, abortos retidos ou espontâneos, entre outros. Esta diversidade de diagnósticos, quando associados a diferentes fases do ciclo de vida, constituem-se como um verdadeiro desafio e requerem, desde logo, um vasto conhecimento técnico-científico. Neste sentido, desde sempre procurei cuidar a mulher e sua família em função da sua condição de doença, prevenindo complicações e atuando ao nível do tratamento mas, mais do que isso, planeando e intervindo no sentido de promover a sua saúde e o seu bem-estar. No acesso ao SUOG da instituição onde desenvolvi o estágio, o primeiro contacto da mulher é com o enfermeiro obstetra, o que considero uma mais-valia do ponto de vista do cuidado relacional, permitindo-nos criar com a

mulher uma relação de empatia logo desde o acolhimento. A Triagem de Manchester é efetuada pelo enfermeiro especialista, e também a este nível tive a oportunidade de colaborar, realizando a triagem a várias mulheres com problemas do foro ginecológico, inicialmente com supervisão, por se tratar de um serviço com uma dinâmica diferente do que estava habituada, tendo progressivamente evoluído e realizado 42 triagens de forma autónoma.

Procurei sempre receber a mulher e sua família demonstrando disponibilidade e empatia, controlando o ambiente no sentido de assegurar a privacidade e proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança. Assim, foram muitos os momentos, quer na triagem, quer na prestação de cuidados diretos, em que me foi oportuno realizar uma anamnese mais pormenorizada (ex.: sintomatologia atual, antecedentes pessoais e familiares, antecedentes obstétricos e ginecológicos, condição social e psicológica), com uma sistemática avaliação física, revelando-se pertinente no sentido da adequação da minha intervenção à individualidade de cada mulher. Tentei sempre inteirar-me das suas queixas e preocupações, passíveis de se constituírem como stressores, com influência no equilíbrio e bem-estar da mulher e família enquanto sistema. Conjuntamente, e tendo por base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, procurei identificar forças intra, inter e extra pessoais, desenvolvendo estratégias de intervenção na equipa multidisciplinar, planeando e encaminhando no sentido do restabelecimento da homeostase do sistema, assegurado pelo bem-estar da mulher.

Foram diversos os momentos de prestação de cuidados a mulheres internadas, em observação, no SUOG, colaborando no processo de transferência entre serviços, como o bloco operatório ou o internamento de ginecologia, assegurando a articulação e a continuidade dos cuidados. Tive ainda a possibilidade de participar nos cuidados a mulheres submetidas a curetagem uterina, ou em processo de abortamento providenciando cuidados que considero terem contribuído para facilitar a adaptação da mulher e sua família a esta situação de perda (Regulamento n.º127/2011). Não é de todo uma situação fácil de gerir, nem isso se pretende, por vezes o silêncio é avassalador e tanto se diz sem nada dizer, mas o estar presente, demonstrar disponibilidade, facilitar a presença das pessoas que realmente são significativas, tudo isso são cuidados

de enfermagem que, na sua aparente insignificância, se revestem de um enorme significado para quem os recebe.

Destaco ainda a importância da educação para a saúde onde julgo que um efetivo investimento, com vista à sua promoção, é um aspeto fundamental do cuidar em enfermagem, que se traduz em ganhos em saúde e cuidados de qualidade, garantindo ainda a satisfação da mulher e sua família. Segundo Osuna (2000, p.44) “(...) a educação para a saúde tem como principal objetivo dotar de conhecimentos e ferramentas suficientes para que o cidadão saiba e possa cuidar de si mesmo e dos que o rodeiam”. Esta é sem dúvida, na minha opinião, uma das intervenções de excelência do enfermeiro e em particular do enfermeiro obstetra no que respeita à promoção da saúde, do bem-estar e do autocuidado. O conhecimento atual, baseado na evidência científica, a capacidade de planejar, orientar, intervir e avaliar a sua intervenção para cada situação específica em cada utente em particular, diferenciam o enfermeiro obstetra nas suas competências e constituem-se como verdadeiros cuidados de excelência, pois embora a informação seja de fácil acesso, esta, por si só, não traduz a educação para a saúde.

Foi também neste sentido, que em algumas situações considerei pertinente abordar temáticas como o planeamento familiar, a adesão a rastreios ginecológicos, a importância da vigilância de saúde com o incentivo à mudança de comportamentos e hábitos de consumo, obviamente numa perspetiva motivacional, encaminhando e orientando sobre os recursos existentes na comunidade, promovendo e valorizando a decisão informada e esclarecida da mulher.

É realmente um verdadeiro desafio contornar tantos fatores na busca permanente de melhores cuidados, assegurando o respeito, a dignidade e a autonomia de cada mulher, e esta deve ser também uma preocupação constante do enfermeiro obstetra. A análise crítica e a constante reflexão ao longo do percurso de aprendizagem, permitiram-me compreender a importância crucial do EEESMO junto da mulher que vivencia processos de saúde/doença ginecológica, e o impacto que pode ter junto da mesma, mas também no seu ciclo familiar, social e profissional.

De seguida, descrevo e analiso as experiências e atividades desenvolvidas no SUOG, no âmbito mais específico da obstetrícia.

Foram vários os motivos que conduziram as grávidas ao serviço de urgência, sendo que os mais frequentes foram: diminuição dos movimentos fetais, contratilidade uterina, rotura prematura de membranas (RPM), hipertensão arterial (HTA), infeções urinárias, perdas hemáticas vaginais, entre outros. Em todas as situações foi pertinente avaliar a oportunidade de agressão física, psíquica e/ou social a que grávida e feto estariam expostos, para assim delinear intervenções autónomas ou interdependentes com vista ao bem-estar materno-fetal. Para Caldas e seus colaboradores (2013, p.69) “do ponto de vista obstétrico, estatísticas apontam que 90% das gestações iniciam e evoluem sem intercorrências ou complicações. No entanto, aproximadamente 10% delas apresentam problemas no início ou no seu decurso, sendo, portanto, chamadas de gestações de alto risco”. O enfermeiro obstetra é assim o profissional com competências que lhe permitem, desde o primeiro contacto, identificar situações de risco materno-fetal, cuja deteção precoce e intervenção adequadas podem prevenir e/ou diminuir a morbi-mortalidade materna e fetal (Lowdermilk e Perry, 2006).

Segundo o Regulamento nº 127/2011 (p. 8663), o enfermeiro obstetra é o profissional competente que “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”. A ICM (2013, p. 8) corrobora esta noção, definindo que o enfermeiro obstetra presta “(...) cuidados pré-natais de elevada qualidade para otimizar a saúde durante a gravidez, o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações”. O cuidado à mulher grávida e sua família no SUOG, a par da vigilância pré-natal, exigem ao enfermeiro especialista este conjunto de competências específicas, sendo ainda a urgência obstétrica, do ponto de vista formativo, um serviço que promove o seu desenvolvimento.

No período que permaneci no SUOG, tive oportunidade de realizar triagens e prestar cuidados a 38 grávidas/famílias com complicações na gravidez e/ou com patologia associada ou induzida pela mesma.

É de extrema importância a elaboração de uma avaliação inicial abrangente e detalhada, que contemple a história de saúde da grávida bem como

o seu passado obstétrico e história da gestação atual, revelando sempre o cuidado em garantir a privacidade e demonstrando empatia e disponibilidade para com a grávida/casal ou família. É igualmente importante a realização de um exame físico pormenorizado, valorizando as queixas da grávida e recorrendo a exames complementares de diagnóstico no sentido de despistar complicações/patologia induzidas pela gravidez ou o agravamento de patologia prévia, avaliando o bem-estar materno, o perfil psicossocial e a existência de potenciais riscos (por exemplo: hipertensão, epigastrialgias, cefaleias, prurido, edemas, alterações analíticas, ansiedade, consumos nocivos/dependências, problemas de vinculação...).

A par do bem-estar materno e em função da idade gestacional, surge a avaliação do bem-estar fetal. A este nível tive a oportunidade de avaliar a estática fetal (Manobras de Leopold), no sentido de perceber a dimensão do feto (despistando situações de restrição de crescimento fetal ou macrosomia fetal), identificar a apresentação, posição e situação fetal, e a própria relação entre a apresentação fetal e a bacia materna, no que respeita à descida do feto. Vigiei e monitorizei a FCF, através da ABCF ou do CTG, beneficiando destes momentos de maior empatia e proximidade com a grávida/ casal, para, como nos refere Betty Neuman, identificar possíveis stressores e assim adequar a minha intervenção às suas individualidades.

Considerando a sintomatologia da grávida, e nas situações em que existia a suspeita de TP em fase ativa, tive a possibilidade de realizar o toque vaginal, avaliando assim as características do colo uterino (consistência, posição, apagamento cervical, dilatação), a integridade das membranas, a variedade e apresentação fetal e a proporção feto-pélvica, colaborando ativamente na tomada de decisão sobre o internamento de grávidas no BP quando a fase ativa do TP se confirmava (sendo esta uma decisão autónoma do enfermeiro especialista na instituição onde realizei o EC). Em algumas situações de grávidas em fase latente do TP, o internamento também se justificou por apresentarem contratilidade uterina dolorosa, sugerindo medidas não farmacológicas para alívio da dor e que simultaneamente favorecessem a evolução do TP, como o duche ou a deambulação, devidamente fundamentadas, tendo verificado uma adesão por parte das grávidas antes de se proceder ao internamento no BP.

Percebi que a circunstância do internamento no BP era encarado pela grávida/casal como um momento decisivo, gerador de grande ansiedade e, não raras vezes, medo do desconhecido, que associados à presença de dor se constituem como *stressores* passíveis de comprometer o bem-estar da grávida/casal e o seu equilíbrio enquanto sistema. Neste sentido, o enfermeiro obstetra tem um papel fundamental, visto ser o profissional com competências para “(...) oferecer orientação e preparação básica para o trabalho de parto, parto e maternidade” (ICM 2013, p.10) assumindo particular importância no acompanhamento, na sugestão e na prestação de cuidados devidamente fundamentados, transmitindo informação científica atual, que permita à grávida /casal decidir conscientemente e participar ativamente no planeamento do seu parto, com a finalidade de promover uma parentalidade mais positiva e salutar.

Por outro lado, no decurso da gravidez pode surgir a necessidade de internamento hospitalar por patologia associada, revelando-se igualmente um processo complicado. A gravidez constitui-se como uma altura de inúmeras transformações emocionais e sociais no casal e na família alargada, mas é sobretudo para a mulher que o desenvolvimento de um novo ser se apresenta como um período de extrema exigência física. Estas modificações físicas na mulher, afetando todos os sistemas do organismo, podem originar alterações significativas que motivem um internamento hospitalar, na maioria das vezes imprevisível para a grávida e sua família. Esta hospitalização, numa gravidez que se idealiza como fisiológica, constitui-se como um desafio com necessidades acrescidas de suporte emocional, familiar e social, tendo o enfermeiro obstetra a competência no cuidado especializado à mulher e sua família que vive um processo de desvio ao padrão normal da gravidez (Regulamento nº. 127/2011).

Efetivamente, e de acordo com a ICM (2013, p.8), “as parteiras prestam cuidados pré-natais de elevada qualidade (...) o que inclui a deteção precoce e tratamento ou referenciação de certas complicações”, e neste sentido, tive a possibilidade de mobilizar conhecimentos técnicos, científicos e relacionais, mantendo uma postura de apoio e disponibilidade na avaliação da grávida e na sua transferência para o serviço de medicina materno-fetal, que ocorreu pelas mais variadas razões, entra elas: HTA, ameaça de parto pré-termo (APPT), oligoâmnios, suspeita de colestase gravídica, entre outras.

Ainda no sentido do que nos diz o Regulamento, nº127/2011, é ao enfermeiro obstetra que compete diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher grávida, bem como, providenciar-lhe cuidados que facilitam a sua adaptação durante este período, informando, monitorizando, planeando, intervindo, mas simultaneamente orientando e referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. De facto, no SUOG, somos diariamente confrontados com a possibilidade do compromisso da gravidez e do bem-estar materno-fetal, sendo verdadeiramente desafiante mobilizar todo um leque de conhecimentos em função da sintomatologia da grávida mas também da idade gestacional do feto, não descurando de todo, a empatia, o respeito e o apoio à mulher e sua família.

Relativamente à área obstétrica mas referindo-me agora ao período pós natal, gostaria de salientar o cuidado à puérpera no SUOG para o qual estive especialmente desperta. Talvez pelo facto de trabalhar num serviço de internamento de puérperas, senti uma enorme necessidade de perceber o que conduzia a mulher puérpera ao SUOG. Os principais motivos foram a endometrite e o ingurgitamento mamário, e para além de cuidar e apoiar a mulher neste momento, senti que seria importante analisar e refletir sobre as necessidades de cuidados no internamento e em particular na preparação para a alta.

O cuidado à puérpera no SUOG reveste-se de contornos especiais, sendo fundamental a articulação com a família, isto porque existe um RN que beneficia do contacto com a mãe, quer pela vinculação quer pela amamentação. Desta forma, e embora os condicionalismos do SUOG, possibilitei momentos de contacto com o RN, promovendo o aleitamento materno e o envolvimento do pai nos cuidados ao mesmo, delineando estratégias com o casal e orientando para recursos na comunidade, potenciando assim “(...) a saúde da puérpera e do recém-nascido” no sentido de apoiar este “(...) processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento n.º127/2011, p. 8664).

A educação para a saúde na gravidez e puerpério é também fundamental. Para a ICM (2013, p.6) os enfermeiros obstetras “(...) ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível (...) a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva”, e neste sentido, foram inúmeros os momentos de educação que promovi, com a finalidade de fomentar o autocuidado e o bem-estar, diminuir ou eliminar

desconfortos e capacitar a grávida/puérpera e sua família para a prevenção ou detecção precoce de complicações (ex.: nutrição com especial ênfase na importância de uma hidratação adequada, sexualidade, fases do TP, dor e medidas de alívio, sinais/sintomas de alerta com relevância para o motivo de ida ao SUOG), num ambiente acolhedor face às contingências de um serviço de urgência, assegurando a privacidade e demonstrando empatia e disponibilidade para escutar e apoiar o casal num momento potencialmente ansiogénico como a ida ao SUOG.

Outro aspeto que considero importante referir, prende-se com a multiculturalidade. A diversidade cultural das mulheres e famílias que chegam ao SUOG com necessidades de cuidados é enorme, por vezes o idioma pode constituir-se como uma barreira à comunicação, e também neste sentido considero ter tido um esforço acrescido na tentativa constante de prestar cuidados culturalmente congruentes. Os enfermeiros são elementos educadores e formadores, e é nesta relação educativa com a mulher e sua família que assenta uma grande parte do cuidado de enfermagem, multidimensional e culturalmente sensível (ICM, 2013).

Em todas as situações, quer de internamento, quer para alta clínica, elaborei registos de enfermagem adequados e pertinentes nos diversos suportes informáticos e no boletim de saúde da grávida (BSG), de forma a garantir a continuidade de cuidados individualizados, identificando, junto da grávida/família, recursos na comunidade que deveriam ser mobilizados em função de cada motivo de ida à urgência, como por exemplo, os cuidados de saúde primários e a sua importância na adequada vigilância da gravidez, ou contrariamente, para um processo de IVG e consequente planeamento familiar.

Destaco todos os momentos de aprendizagem, a partilha de conhecimentos e experiências com a equipa multidisciplinar, e particularmente com a enfermeira orientadora, como conjunturas que me permitiram refletir e analisar a prática, contribuindo para o amadurecimento na forma de ser, estar e pensar enfermagem, aprofundando conhecimentos e crescendo enquanto pessoa e profissional. Realço, ainda, os momentos de reflexão, com efeito no desenvolvimento de um pensamento crítico.

3.2. O cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto

O enfermeiro obstetra assume, no decorrer do TP, um papel de enorme relevância. É da sua competência cuidar a mulher e família “(...) durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra uterina” (Regulamento n.º127/2011, p. 8664). Neste sentido, *desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e família durante os diferentes estádios do TP, promovendo a transição para a parentalidade e a adaptação do RN à vida extra uterina*, foi um dos objetivos definidos para o EC Estágio com Relatório.

No decurso desta UC e a fim de desenvolver este cuidar especializado, prestei cuidados a grávidas/famílias nos diferentes estádios que compõem o TP, conseguindo evoluir de uma observação participante para a autonomia.

Durante o TP, o enfermeiro obstetra é o profissional de eleição para a prestação de cuidados diferenciados, que visem o conforto e o bem-estar materno-fetal, assegurando um nascimento com qualidade e influenciando positivamente a transição para a parentalidade, garantindo ainda o respeito e valorizando todas as variáveis físicas, psicológicas e socioculturais que caracterizam a mulher/família enquanto sistema. É ainda o profissional com um papel crucial na transmissão de informação e de apoio, na negociação, no controle do ambiente, indo ao encontro das expectativas do casal enquanto sistema e simultaneamente, mantendo, atingindo e sustentando a sua estabilidade.

No decorrer deste EC, e no que respeita ao **1º estágio do TP**, prestei cuidados a 63 parturientes e suas famílias. Efetuei o acolhimento e a respetiva admissão no serviço, privilegiando o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, num ambiente tranquilo, assegurando a privacidade e o conforto. Para Hesbeen (2000, p.105) “(...) a primeira etapa que conduz à confiança é a que permite diminuir a ansiedade associada a um ambiente que não se conhece ou a uma situação inquietante”, sendo por isso tão importante “(...) tecer laços de confiança com uma pessoa que acaba de ser admitida no hospital”. Efetivamente, cabe ao enfermeiro promover “(...) um ambiente físico,

psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos”, criando e mantendo “(...) um ambiente terapêutico (...) gerindo o risco e promovendo uma envolvimento adequada ao bem-estar” (Regulamento n.º122/2011, p.8651).

Consultei o BSG, o processo de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, efetuei uma avaliação inicial completa e detalhada, inteirei-me das necessidades e expectativas da grávida/família a meu cuidado, analisando e negociando as suas preferências, de forma a proporcionar um cuidado humanizado e individualizado ao longo do TP. Embora apenas uma das parturientes a quem prestei cuidados tenha apresentado um plano de parto formalmente redigido, muitas tinham idealizado algumas particularidades que gostariam de ver satisfeitas no seu TP, permitindo assim, em conjunto, planejar-se cuidados congruentes e significativos, que influenciam positivamente a transição para a parentalidade.

Ainda num primeiro contacto, realizei as Manobras de Leopold, procedi à monitorização/interpretação do CTG, avaliando assim o bem-estar fetal, e efetuei a avaliação cervical, através do toque vaginal, quando necessário e em função das queixas da mulher, explicando assertivamente os procedimentos e a sua situação atual. Para obter a harmonia, o equilíbrio e o bem-estar de que Betty Neuman nos fala, a negociação do autocuidado e dos cuidados a prestar, foi elementar, tendo sido por isso uma constante ao longo do EC.

Na promoção de um parto normal, tentei continuamente evitar os procedimentos rotineiros, prestando cuidados individualizados, incentivando e possibilitando a liberdade de movimentos e posições, promovendo a ingesta, incentivando aos hábitos de eliminação e colaborando na adoção de estratégias para alívio da dor, tendo em vista o conforto da parturiente/família e a evolução do TP.

Tive a oportunidade de acompanhar várias parturientes na adoção de medidas não farmacológicas para alívio da dor, como a deambulação, a utilização da bola de parto e a liberdade de movimentos e posições ao longo do TP. Um dos cuidados prestados que poderá condicionar a mobilidade da mulher é a monitorização contínua através do CTG. Como refere Lothian (2014, p. 201) a monitorização contínua “perturba a fisiologia normal do TP (...) e certamente, limita o acesso das mulheres a medidas de conforto (...)”. No entanto, indo ao

encontro de Lowdermilk e Perry (2006, p. 389), “o trabalho de parto representa um período de stress fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do seu estado de saúde é parte essencial dos cuidados de enfermagem durante esse período”. A Association of Women’s Health, Obstetric, and Neonatal Nursing (2008, cit. por Lothian 2014), recomenda a auscultação intermitente em detrimento da monitorização contínua, para mulheres saudáveis e sem complicações associadas. Mais recentemente, Alfievic, Devane e Gyte (2013), através de uma RSL, comparando os resultados maternos e neonatais em mulheres monitorizadas continuamente e de forma intermitente, concluíram não existir diferenças na mortalidade perinatal ou nas taxas de paralisia cerebral, contudo, as mulheres sujeitas a monitorização contínua eram mais propensas a ter um parto instrumental ou cesariana.

Nas mulheres a quem prestei cuidados, e em função do bem-estar materno-fetal, promovi momentos de auscultação intermitente, embora por curtos períodos, facilitando outras medidas de conforto como a ida ao WC ou a hidroterapia. Contudo, a monitorização contínua em TP é ainda uma realidade muito presente, pelo que recorri ao sistema de telemetria permitindo assim manter o CTG e em simultâneo a mobilidade da parturiente, baseando-me em Lothian (2014, p.201), quando nos diz que o cuidado otimizado deve incluir a auscultação intermitente para mulheres de baixo risco e o recurso à telemetria quando existir indicação clínica para a monitorização contínua. Mesmo em mulheres com monitorização interna, embora mais limitadas, consegui promover a alternância de decúbitos, com posições mais verticalizadas neste estágio, pois são vários os autores que referem que a mobilidade e as posições verticais permitem uma melhor adaptação anatómica e fisiológica ao TP, pela melhoria na dinâmica uterina, pelo aumento dos diâmetros pélvicos, pelo benefício da gravidade na descida do bebé, associado a uma redução da intensidade da dor e, consequentemente, a uma vivência mais positiva do TP (Enkin *et al.*, 2005; Soong e Barnes, 2005; OE e APEO, 2012).

Outra medida de conforto, com vantagens para a parturiente e feto, é a promoção da ingesta em TP, que surge como indicador de evidência no “Projeto Maternidade com Qualidade”, desenvolvido pela ordem dos enfermeiros (OE, 2013a). Ao longo do 1º estágio do TP, foram oferecidos sumos de fruta sem polpa, chá, água, gelatina e gelados de gelo, sendo estes últimos trazidos pelos

acompanhantes. Em algumas situações, e em consenso com a equipa médica, a parturiente de baixo risco pôde ainda ingerir bolachas ou sandes, proporcionando um aumento do conforto, da satisfação e do autocontrole em TP. Para Singata, Tranmer e Gyte (2013), o jejum em TP pode dificultar a resposta da mulher face à exigência do mesmo, podendo, inclusive, tornar o TP mais longo e doloroso. Ainda segundo os mesmos autores, a grávida de baixo risco em TP, pode assim alimentar-se, facto este que vem atestar o que já em 1996 e em 2008 tinha sido recomendado pela WHO e pelo American College of Nurse-Midwives, respetivamente.

Para Lowdermilk e Perry (2006), os alimentos/líquidos consumidos por via oral no decorrer do TP, satisfazem mais eficazmente as necessidades energéticas e de hidratação da parturiente que os líquidos endovenosos. A seletividade na administração de fluidos endovenosos foi igualmente uma preocupação que tive ao longo deste EC, não apenas porque pode limitar a mobilidade da mulher, mas também porque, e em consonância com o que dizem Goer e Romano (2012 cit. por Lothian 2014), uma sobrecarga de fluidos endovenosos pode diminuir a contratilidade uterina e, nas situações de fluidos glicosados, a menos que sejam administrados lentamente, pode causar hiperglicemia na mãe e no feto e, posteriormente, hipoglicémia no RN, não existindo assim uma base de evidência para o uso rotineiro de soroterapia em TP (Lothian, 2014).

A hidroterapia surge igualmente como uma medida não farmacológica com efeito no alívio da dor. Santana *et al.* (2013, p. 113), no estudo que desenvolveram sobre o efeito do duche no alívio da dor em parturientes na fase ativa do TP, concluíram existir uma diminuição significativa na intensidade da dor em parturientes que usufruíam desta estratégia, e acrescentam que “(...) a utilização deste recurso deve ser estimulada pelos profissionais de saúde para a promoção de um parto humanizado”. E quem melhor que o enfermeiro obstetra, com competências na promoção do parto normal, que acompanha e respeita a mulher/família e com quem desenvolveu uma relação empática e de confiança, para incentivar estas medidas, fundamentando as suas sugestões em evidência científica atual?

Foram várias as parturientes que optaram por tomar duche com resultados efetivos, quer no alívio da dor, quer na própria evolução do TP. Devo realçar, que

em nenhum caso a possibilidade de tomar duche foi colocada pela mulher, tendo sido sempre por mim sugerida, ainda que posteriormente aceite com muito agrado, o que vem reforçar a necessidade de informação e a importância do acompanhamento por parte do enfermeiro obstetra. Como referia, tive a oportunidade de acompanhar mulheres no duche em fase latente que posteriormente entraram em fase ativa do TP, mulheres em fase ativa que acabaram por parir sem recurso a outro tipo de analgesia (como era de sua vontade) e mulheres que embora já tivessem efetuado analgesia loco-regional, conseguiam assim aliviar a dor, protelando os reforços analgésicos por via epidural.

Outras medidas foram sugeridas e depois adotadas por várias mulheres em TP, como a técnica de respiração, a massagem, a luminosidade, a musicoterapia e a aromaterapia, tendo explicado os benefícios de cada uma destas estratégias e envolvido o acompanhante nesses mesmos cuidados, respeitando obviamente, a decisão informada e esclarecida de cada parturiente.

“A dor do parto faz parte da própria condição humana e, ao contrário de outras experiências dolorosas agudas e crónicas, não está associada à patologia, mas sim, com a experiência de gerar uma nova vida” (Gayeski e Brüggemann, 2011, p.775). Ainda assim, e no meu ponto de vista, esta pode ser desconcertante e condicionar ou influenciar negativamente o momento do nascimento pelo que, conjuntamente com as medidas não farmacológicas, a mulher deve dispor de terapêutica à qual pode recorrer se for esse o seu desejo. Segundo a ICM (2013, p.11), o enfermeiro obstetra deve possuir conhecimentos sobre “medidas farmacológicas para o tratamento e controle da dor do trabalho de parto, incluindo os riscos relativos, desvantagens, segurança de métodos específicos de tratamento da dor e o seu efeito na fisiologia normal do trabalho de parto”. Em função de tudo isto, proporcionei métodos farmacológicos para alívio da dor, como sendo a terapêutica endovenosa, por protocolo ou prescrição médica e terapêutica loco-regional, articulando e colaborando com a equipa médica de anestesia na decisão e realização da mesma.

Para a negociação e tomada de decisão relativamente a todos os cuidados a prestar, inclusive no que respeita às estratégias para alívio da dor, foi manifestamente importante considerar a situação clínica da parturiente e a patologia que poderia apresentar, uma vez que cuidei de parturientes com o

diagnóstico de diabetes gestacional e prévia, RPM, oligoâmnios, hidrâmnios, hipotireoidismo, portadoras de Ag HBS +, HTA crónica e induzida pela gravidez, trombocitopenia, e também nas situações de gemelaridade e prematuridade, entre outros.

A condução do TP é indubitavelmente exigente para o enfermeiro especialista que acompanha o casal em momentos complexos, de grande fragilidade e vulnerabilidade e, embora promova o bem-estar materno-fetal com o mínimo de intervenções possíveis, por vezes é necessário ser um pouco mais invasivo. Refiro-me, por exemplo, à monitorização interna, realização de amniotomia e amnioinfusão que, de forma seletiva, fizeram parte da minha experiência, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnicas no que respeita à vigilância materno-fetal em TP. Efetuei assim, no decorrer do EC, 4 monitorizações internas, 6 amniotomias e 3 amnioinfusões, justificando clinicamente a tomada de decisão por estes procedimentos.

Ainda na condução do TP, torna-se premente a identificação de desvios no bem-estar materno-fetal e na evolução do TP (como Paragem de Progressão do TP; suspeita de sofrimento fetal), articulando com a equipa médica, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação e efetuando concomitantemente registos de enfermagem completos, com especial atenção no preenchimento e interpretação do partograma, conforme sugerido pela WHO (1996), OE e APEO (2012).

Este 1º estágio do TP pode ser moroso e nada linear. Apesar dos conhecimentos que a mulher/casal já possam ter, é no decorrer do TP que muitas vezes surgem dúvidas e necessidades significativas que justificam grandemente a presença, o acompanhamento e o apoio do enfermeiro obstetra. Acredito que a fase latente em particular constitui-se como o momento ideal, no decorrer do TP, para fornecer informação sobre aquilo que é esperado que aconteça nos seus diferentes estádios, demonstrando disponibilidade, reconhecendo e valorizando o potencial da mulher, promovendo o autocuidado e planeando/orientando intervenções com o envolvimento do acompanhante, sendo este igualmente parceiro e sujeito dos cuidados de enfermagem. Conforme preconizado na legislação, a mulher grávida tem direito a ser acompanhada “(...) durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida” (Lei n.º 15/2014), e também neste sentido possibilitei a permanência constante de uma

pessoa significativa. Acima de tudo, sempre considerei fundamental respeitar a mulher/família em todo este processo, inteira-la de todos os procedimentos e da evolução do TP, acompanhá-la e apoiar-la no sentido da execução das suas preferências, garantindo o bem-estar materno e fetal. Lazure (1994, p.51) diz-nos que “respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeira consideração por aquilo que ele é”, e foi neste sentido que desenvolvi competências tendo por base a prestação de cuidados personalizados, de elevada qualidade e “culturalmente relevantes” (ICM, 2013, p.3).

O **2º estágio do TP**, também definido como período expulsivo, tem início quando a dilatação cervical está completa. Nesta fase as contrações uterinas são intensas, os esforços expulsivos enérgicos, revelando-se assim um período de grande exigência física para a parturiente, sendo o enfermeiro obstetra o profissional habilitado para acompanhá-la, realizando o parto de baixo risco, criando um ambiente seguro e promovendo o conforto também nesta fase do TP (Regulamento n.º127/2011).

De acordo com o regulamento n.º 127/2011 (p.8664), compete ao enfermeiro obstetra aplicar “ (...) técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (...)”, mas, mais do que se cingir apenas à técnica, é o profissional com a sensibilidade para a conciliar com a relação humana, para articular a sua atitude e postura com os conhecimentos e perícia técnica, respeitando a dignidade da mulher enquanto participante ativa no seu parto e valorizando o envolvimento da família. Confesso que, numa fase inicial do EC, a minha grande preocupação era sem dúvida a técnica, seguir todos os passos corretamente focando-me muito no bem-estar fetal, contudo, foi uma situação que rapidamente ultrapassei, tendo evoluído e aperfeiçoado as competências relacionais a par de uma crescente confiança e autonomia.

Realizei assim, no decorrer do EC, 53 partos eutócicos. Tentei, sempre que possível, assistir no parto as mulheres que já havia seguido no 1º estágio, com quem já tinha estabelecido uma relação empática e inclusive planeado aquele momento tão marcante. Empenhei-me no sentido de ir ao encontro das necessidades e expectativas do casal relativamente ao parto, garantindo o bem-estar materno-fetal e negociando com base numa relação de confiança. A

posição a assumir no decorrer deste estágio foi uma intervenção com a qual tive particular cuidado, não apenas por ser a temática central do meu projeto mas também porque, segundo Lowdermilk e Perry (2006, p. 456), a mulher “(...) deve ser encorajada e assistida para se posicionar e manter na posição ou posições que escolheu”. Uma postura confiante e tranquilizadora, reconhecendo o potencial da parturiente e reforçando-a positivamente foi uma constante neste momento. Respeitei o decorrer fisiológico do parto, aguardando esforços expulsivos espontâneos (OE e APEO, 2012), contudo, por vezes, foi necessário ser mais diretiva orientando a mulher na respiração, no tempo e na forma como eram efetuados, no sentido de ajudá-la a recuperar o autocontrole, envolvendo também o acompanhante neste apoio.

Nos partos que realizei tive igualmente o cuidado de efetuar a proteção da musculatura perineal, sempre que a zona perineal estava acessível pela posição do parto, permitindo uma extensão controlada da cabeça fetal através da Manobra de Ritgen Modificada (Lowdermilk e Perry, 2006). Foi ainda aplicado calor húmido local em 25 dos 53 partos realizados, sendo uma intervenção que pode maximizar o relaxamento da musculatura perineal (Lowdermilk e Perry, 2006). Dahlen *et al.* (2007), concluíram que a aplicação de calor no períneo reduz significativamente as lacerações de 3º e 4º grau, assim como a dor no parto e nos dois dias seguintes, bem como a probabilidade de ter incontinência urinária sendo esta, como referem, uma prática que deve ser incorporada nos cuidados durante o 2º estágio do TP.

No que respeita ao trauma perineal, e através destas abordagens, realizei 26 partos com períneo intacto, 19 com lacerações de 1º grau e 6 com lacerações de 2º grau. Em 2 dos partos realizados, houve necessidade de efetuar uma episiotomia médio-lateral para abreviar o período expulsivo por razões fetais, sendo esta uma das indicações para este procedimento (Graça, 2010). A seletividade na execução deste procedimento foi algo que sempre contemplei, não apenas como prática promotora do parto normal (WHO, 1996; OE e APEO, 2012), mas indo ao encontro de estudos como o de Goer e Romano (2012 cit. por Lothian, 2014), que numa RSL concluíram que a episiotomia causa mais dor que as lacerações espontâneas, mais complicações no processo de cicatrização, não tem efeito nos resultados neonatais, não preserva o funcionamento do assoalho

pélvico e pode inclusive, contribuir para a incontinência urinária ou fecal, pelo que o seu uso não deverá ser rotineiro.

Após o nascimento, e estando assegurada a estabilidade do RN na adaptação à vida extra uterina, foi promovido e incentivado o contacto pele-a-pele por um período mínimo de 1 hora (respeitando o desejo materno). Este contacto precoce reveste-se de um conjunto de benefícios para a díade, entre eles a termorregulação, a estabilidade cardiorrespiratória, a diminuição do choro, a colonização do RN pelo contacto com a pele materna, bem como a promoção do aleitamento materno (AM) e da vinculação (Crenshaw, 2007; Luna *et al.*, 2009; Haxton, *et al.*, 2012; Gubler, *et al.*, 2013).

A laqueação tardia do cordão umbilical foi igualmente realizada, possibilitando ao acompanhante esta intervenção. Para Luna *et al.* (2009), a laqueação do cordão umbilical após deixar de pulsar (cerca de 2-3 min.) não acarreta complicações para a mãe, e pode favorecer os níveis séricos de ferro no bebé. Mais recentemente, Andersson *et al.* (2013), concluíram que a laqueação tardia do cordão não afetou o desenvolvimento neurológico em geral, nem os sintomas de infeção até aos quatro meses de idade na amostra estudada, contudo, pode ter impacto sobre os domínios específicos do desenvolvimento neurológico. Paco *et al.* (2011), já haviam analisado os níveis séricos dos gases em situações de laqueação precoce e tardia do cordão umbilical, revelando não existir diferença significativa entre ambos com exceção para o valor da pO₂ na artéria umbilical, sendo este mais elevado no grupo da laqueação tardia. Na instituição onde estagiei, tive a oportunidade de efetuar algumas colheitas para doseamento de gases, não de forma rotineira, mas como recurso nas situações onde existia uma interpretação prévia de sofrimento fetal ou uma dificuldade na adaptação à vida extra uterina, contudo acredito que seria um estudo interessante de se desenvolver.

O enfermeiro obstetra é responsável pela prestação de “(...) cuidados de elevada qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto (...)” e pela condução de “(...) um parto limpo e seguro (...)” resolvendo “(...) determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos” (ICM 2013, p. 11). Tive, neste sentido, a oportunidade de intervir adequadamente em situações de circular cervical (larga e apertada), em bandoleira e ao pé, e de apresentações compostas (procidência da mão), não

tendo tido nenhuma situação de distocia de ombros, facto este que poderá estar associado à adoção de posições não supinas neste estágio.

É ainda função do enfermeiro obstetra avaliar a descida da apresentação fetal e monitorizar a FCF, atuando em conformidade com a sua interpretação, identificando complicações também neste estágio do TP e referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento n.º127/2011, p.8664). Assisti a 11 cesarianas, 3 partos com ventosa e 2 com fórceps. Acompanhei durante o 1º estágio do TP algumas parturientes, para quem, por vários motivos (Paragem de Progressão do TP, bradicardia fetal, apresentação pélvica, entre outros) o 2º estágio culminou num parto distócico. Outras houve em que o primeiro contacto foi efetivamente neste 2º estágio (como no caso de cesarianas eletivas). Também nestas situações, sempre me preocupei em estabelecer uma relação empática, em demonstrar que estava presente, em disponibilizar-me para apoiar, e tudo isto fez-me repensar na importância e relevância dos cuidados “emocionais” que diariamente prestamos e que são, não raras vezes, tão ou mais importantes que o cuidar físico. A rotina, a falta de tempo, o facto de muitas vezes estarmos assoberbados com trabalho, fazem com que estas prioridades deixem de o ser em detrimento de outras.

Enquanto enfermeiro obstetra, é imprescindível considerar no planeamento dos cuidados a intervenção física, psicológica e emocional, por forma a ir realmente ao encontro das necessidades de quem cuidamos. Para Hesbeen (2000, p. 47), “(...) os cuidados de enfermagem são assim, compostos de múltiplas ações que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas», que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares (...)”. Compreendo a sua importância em todos os cenários de cuidados, valorizando estas “pequenas coisas”, que não são mais do que intervenções revestidas de um enorme significado para aqueles que cuidamos, fazendo toda a diferença na arte do cuidar, e em particular, do cuidar especializado.

Após o nascimento é esperado que ocorra o descolamento e expulsão placentar (dequitação), correspondendo este fenómeno ao **3º estágio do TP**.

Existem algumas controvérsias no que respeita à condução deste estágio, podendo ser ativa, com recurso a ocitocina e/ou exercendo uma tração controlada do cordão umbilical, ou assumindo uma atitude expectante, respeitando a fisiologia do TP.

No que respeita à tração controlada do cordão umbilical, a pesquisa bibliográfica da meta-análise desenvolvida por Du e colaboradores (2014), converge para o que parece ser uma redução, de um modo geral, do risco de hemorragia pós parto, assim como da remoção manual da placenta e da duração deste estágio, sem no entanto existirem diferenças estatisticamente significativas na redução da hemorragia severa e na necessidade de transfusão sanguínea ou de uterotónicos adicionais.

No meu ponto de vista, a questão coloca-se sobre a utilização ou não desta gestão ativa de uma forma rotineira. Ao longo do ER tive a oportunidade de atuar de ambas as formas, controlando ativamente o descolamento e expulsão placentar e, noutras vezes, adotando uma atitude expectante, sobretudo em mulheres que assumiram uma postura verticalizada no 2º estágio do TP.

As principais complicações neste estágio são a hemorragia pós-parto e a retenção placentar, e importa sobretudo estar atento, considerando factos da gravidez ou do TP que podem aumentar este risco, como a gemelaridade, hidrâmnios, TP precipitado, prevenindo, identificando e referenciando as situações que estão para além da área de atuação do enfermeiro obstetra.

Após a dequitação é ainda importante visualizar a placenta e membranas, e foi o que fiz, no sentido de me certificar da sua aparente integridade. Na maioria dos casos a dequitação foi natural e aparentemente completa pelo mecanismo de schultze, noutros casos, a dequitação ocorreu pelo mecanismo de Duncan. Verificou-se uma situação de retenção placentar, com o encaminhamento da mulher para a equipa médica e consequente dequitação manual. Em duas situações houve suspeita de membranas fragmentadas, tendo efetuado uma revisão digital com posterior controlo ecográfico por parte do médico, não se verificando a presença de membranas na cavidade uterina.

É ainda protocolo de serviço a administração de terapêutica profilática uterotónica (ocitocina) após a dequitação. Considerada por Graça (2010, p.322) como uma prática “comum e eficaz”, é utilizada no sentido de estimular a contração uterina, promovendo a formação do Globo de Segurança de Pinard e

assim prevenir a hemorragia pós-parto (Lowdermilk e Perry, 2006). A colocação do RN à mama enquanto está em contacto pele-a-pele é outra estratégia que também estimula a contração do útero, beneficiando a díade. A avaliação do Globo de Segurança de Pinard e das perdas hemáticas vaginais era efetuada com alguma frequência, no sentido de identificar ou prevenir complicações como uma possível hipotonia ou atonia uterina.

Ainda neste estágio do TP tive oportunidade de colher sangue do cordão umbilical para avaliação do pH, para “tipagem” do RN nas situações de grávidas com fator RH negativo ou grupo sanguíneo Zero, devido ao risco de incompatibilidade, e ainda para colheita de células estaminais destinadas à criopreservação.

O enfermeiro obstetra tem ainda competências para avaliar “(...) a integridade do canal de parto e [aplicar] técnicas de reparação (...)” (Regulamento n.º127/2011, p.8664). Inicialmente este foi um aspeto onde senti alguma insegurança, não apenas pela dificuldade na identificação dos tecidos ou pela própria técnica, mas sobretudo por considerar ser uma intervenção com efeitos no conforto, na estética e mesmo na vivência da sexualidade da mulher. Fiquei agradavelmente surpreendida com a minha evolução a este nível, efetuando as respetivas episiorrafias e perineorrafias dos partos que realizei, sempre com uma especial atenção para o conforto e controlo da dor, também neste estágio do TP.

O 4º estágio do TP corresponde ao puerpério imediato. Sendo o período de aproximadamente 2 horas onde a vigilância da puérpera e da adaptação do RN à vida extra uterina deverá ser mais frequente, corresponde ainda a uma fase de recuperação física, pelo que o ambiente deve igualmente ser considerado, privilegiando-se o conforto, a privacidade e a harmonia neste momento tão especial para o casal e família.

Neste estágio assisti 57 puérperas, sempre com o intuito de garantir a continuidade de cuidados especializados e mantendo a relação de confiança que tinha desenvolvido com a díade ao longo dos anteriores estágios do TP. A apreciação geral e obstétrica da puérpera assume particular relevância neste estágio, sendo imprescindível uma exigente observação céfalo-caudal que contemple a avaliação da pele/mucosas, mamas/mamilos, involução uterina,

lóquios, períneo, episiorrafia/perineorrafia, membros inferiores e ainda a estabilidade hemodinâmica, a eliminação vesical e o controlo da dor, no sentido de despistar complicações ou antever potenciais dificuldades com necessidades de apoio acrescido, como por exemplo no que respeita à amamentação.

A promoção do conforto é igualmente importante pelo que prestei cuidados de higiene perineal, aplicando gelo local para alívio do edema/desconforto, proporcionei uma refeição ligeira, e ajudei-a a posicionar-se confortavelmente. Nas puérperas submetidas a cesariana a vigilância é similar, acrescida da observação do penso da sutura operatória e da monitorização urinária, uma vez que estas puérperas permanecem algaliadas. A avaliação da sensibilidade e mobilidade dos membros inferiores é outro cuidado a considerar quando a cirurgia é efetuada com anestesia loco-regional, bem como a monitorização da dor, administrando analgésicos por via epidural ou endovenosa, conforme prescrição.

O enfermeiro obstetra tem ainda um papel fulcral nos cuidados ao RN. De acordo com Regulamento n.º 127/2011, (p.8664), é o profissional que “assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina”, o que o torna assim no profissional de eleição para prestar os cuidados imediatos, realizando, sempre que necessário, manobras de reanimação e referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. Nesta perspetiva, foi fundamental inteirar-me sobre alguns aspetos da gestação e do TP, como a existência de patologia associada, os rastreios biofísico e bioquímico, o CTG no decurso do TP ou a presença de líquido meconial, para assim melhor planear e intervir aquando o nascimento.

Prestei cuidados a 67 RN, entre os que acompanhei em TP e os que culminaram em partos distócicos, avaliando o IA ao 1º, 5º e 10º minutos de vida extra uterina. Na maioria dos partos foi promovido o contacto pele-a-pele com todos os benefícios que tem para a díade, como foi referido no 2º estágio do TP, avaliando com regularidade a vitalidade, a tonicidade e a coloração do RN, favorecendo a vinculação e promovendo o envolvimento do acompanhante. O RN é ainda identificado com duas pulseiras (com nome e nº de processo materno), previamente confirmadas com a parturiente, e uma pulseira eletrónica que garantirá a sua segurança no internamento. Após este momento de contacto, preferencialmente não inferior a 1 hora, o RN é levado e são prestados cuidados

como a realização do exame físico e neurológico, a avaliação do peso, administração de terapêutica profilática para a hemorragia neonatal (vit. K) e infecção ocular (colírio oftálmico), cuidados de higiene se necessário, sendo importante manter a temperatura corporal.

Todos os RN a quem prestei cuidados apresentaram uma boa capacidade de adaptação à vida extra uterina. Colaborei ainda com a equipa médica pediátrica na assistência a 2 RN prematuros e na sua transferência para a UCIN, articulando com a equipa de enfermagem no sentido de garantir a continuidade de cuidados. Este é ainda um aspeto onde revelo alguma insegurança, pela sua especificidade, mas igualmente por ter tido poucas experiências a este nível. Sempre que necessário foi solicitada a presença do pediatra para a observação do RN, contribuindo claramente o enfermeiro obstetra para a identificação desta necessidade, diagnosticando precocemente possíveis complicações como, por exemplo, a síndrome de dificuldade respiratória (SDR).

Os primeiros momentos entre mãe e RN são elementares para uma partilha mútua de sensações: o toque, o cheiro, o olhar, são fundamentais para o estabelecimento da relação mãe-filho, e o contacto pele-a-pele é um momento de excelência para a promoção do AM. Este incentivo/suporte ao início precoce da amamentação traduz-se a longo prazo numa probabilidade maior de manutenção do AM, conforme preconizado nas diretivas definidas por este hospital creditado pela OMS/UNICEF como Amigo dos Bebés. Neste sentido, colaborei na adaptação do RN à mama, visualizando reflexos e sinais de boa pega e valorizando estes junto da mãe/casal. Foi promovido o alojamento conjunto e permitido que a tríade e restante família estivessem juntas neste período. A educação para a saúde é também importante neste estágio, particularmente no que respeita à autovigilância e ao autocuidado, devendo contudo ser adequada à disponibilidade física e psicológica da puérpera.

O período pós-parto constitui-se como um desafio, com inúmeras mudanças físicas, psíquicas e sociais, especialmente exigente para a tríade que experimenta novos papéis. É essencial perceber como cada mulher integra o seu papel de mãe, mobilizando os recursos adequados para a prestação de cuidados especializados. Mãe e RN “não estão apenas a recuperar do processo físico do parto, mas também se estão a conhecer um ao outro e a estabelecer relações com os restantes membros da família” (Lowdermilk e Perry, 2006, p.491), e esta

singularidade na transição para a parentalidade tem merecido especial atenção por parte do enfermeiro obstetra. Sendo o profissional com competências no cuidado à “(...) mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Regulamento n.º 127/2011, p.8664) é crucial proporcionar o conhecimento, o apoio e a confiança necessária aos recentes pais, para assumirem comportamentos facilitadores dos seus novos papéis e vivenciarem assim uma parentalidade positiva.

Para Canavarro (2006, p.41), “(...) são numerosos os casos que refutam, à partida, a noção de maternidade como instintiva ou como necessidade fundamental (...)”, pelo que ao longo do estágio foi importante avaliar a interação da díade/tríade, no sentido de identificar ou despistar alguma complicação neste processo, concebendo e planeando intervenções em consonância com essa mesma apreciação. O conceito de vinculação e o suporte emocional para a família são fundamentais, e todas as estratégias que os promovem devem assim ser implementadas.

A transferência da díade para o serviço de puerpério e a documentação (em suporte informático e no BSG) dos cuidados prestados ao longo dos vários estádios do TP são igualmente importantes, transmitindo toda a informação que permita uma melhor continuidade de cuidados e dando visibilidade à especificidade e à qualidade dos mesmos.

3.3. O cuidado de enfermagem na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP

Sendo um momento único e inesquecível, cada vez mais os casais projetam o nascimento do seu filho, e, embora a informação esteja facilmente disponível esta deve ser “trabalhada” em parceria com a mulher/casal, num planeamento individual de cuidados, apoiando-os e capacitando-os para tomar decisões informadas (ICM, 2013). O enfermeiro obstetra assume aqui um papel primordial, atuando “(...) de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” e promovendo o “(...) conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” (Regulamento n.º127/2011, p.8664).

A posição a adotar no 2º estágio do TP é um aspeto que deve incorporar esse planeamento prévio, pelas vantagens que tive oportunidade de referir na revisão da literatura apresentada (enquadramento teórico), mas deve igualmente ser apoiada, incentivada e sugerida pelo enfermeiro obstetra às mulheres que se encontram em TP e não tiveram acesso a essa informação. Desta forma, e tendo por base a temática central do meu projeto, considerei fundamental: *desenvolver competências técnico-científicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP.*

Foram várias as atividades que desenvolvi neste sentido, promovendo as posições não supinas no 2º estágio do TP junto de mulheres/casais no período pré-natal e em TP, mas também junto de outros profissionais, com o objetivo de sensibiliza-los para a importância desta temática.

Pela pesquisa bibliográfica efetuada consegui apurar que, de entre as posições não supinas, a maioria dos estudos faz referência a posições verticais. Cumulativamente, em conversas informais com enfermeiros obstetras do hospital onde realizei o ER e nos primeiros contactos com grávidas/casais, percebi que a postura verticalizada (sentada) é a mais idealizada e consequentemente a mais solicitada. Deste modo, e com o intuito de consolidar conhecimentos e aceder à melhor evidência disponível, decidi realizar uma revisão da literatura baseada na metodologia da RSL, acerca dos efeitos das posições não supinas durante o 2º estágio do TP, para assim basear a minha prática clínica.

3.3.1. Revisão da literatura – Metodologia da RSL

A referida revisão da literatura teve como questão de pesquisa: *Qual o efeito das posições não supinas (I) na mulher (P), durante o 2º estágio do trabalho de parto, em contexto hospitalar (Co)?*

Foram ainda definidos critérios de inclusão e exclusão com efeitos na estratégia de pesquisa e na seleção dos artigos para análise (tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos a selecionar na revisão da literatura

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos completos, disponíveis nas bases de dados	Artigos incompletos nas bases de dados (p.ex.: só resumo disponível)
Artigos em português, inglês ou espanhol	Duplicação de artigos
Horizonte temporal de publicação entre 2004 e 2014	Artigos que não respondam à questão de pesquisa

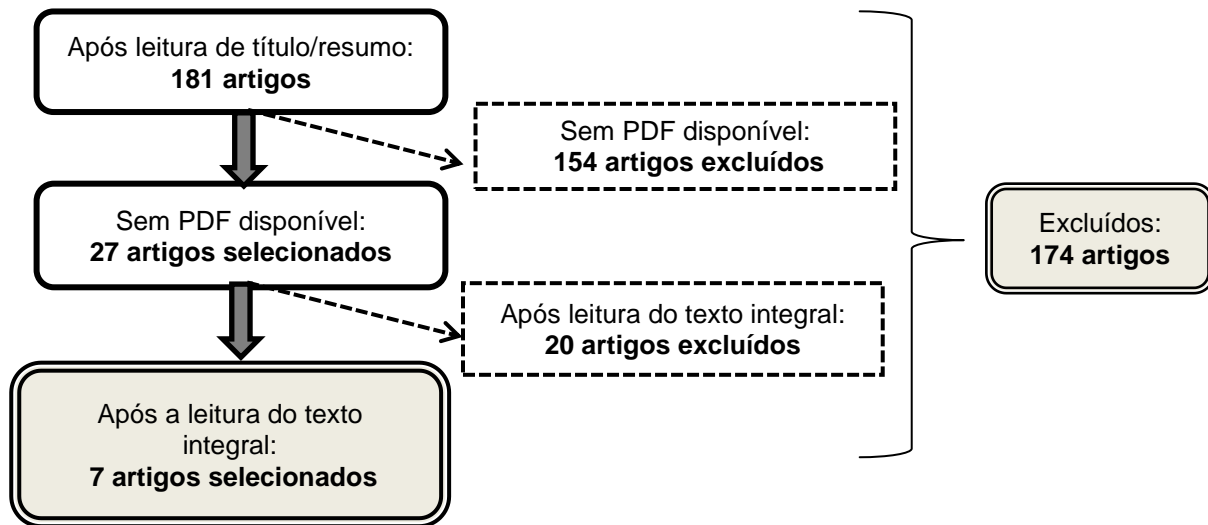
A pesquisa bibliográfica foi efetuada a 26 de Agosto de 2014, na plataforma EBSCOHost, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Foi desenvolvida com recurso aos descritores: “Birthing position”/“Birth* position”; “Posture”; “Labor stage, second” e “Midwife*”, e pela combinação de expressões booleanas (tabela 2).

De seguida procedeu-se à seleção dos artigos para a revisão da literatura (diagrama 1).

Tabela 2. Descritores utilizados e nº de artigos encontrados para a revisão da literatura

DESCRITORES	S1 – “Birthing position” OR “Posture” S2 – “Labor stage, second” S3 – “Midwife*” S4 – (S1 AND S2) OR (S1 AND S2 AND S3)	S1 – “Birth* position” OR “Posture” S2 – “Labor stage, second” S3 – “Midwife*” S4 – (S1 AND S2) OR (S1 AND S2 AND S3)
N.º DE ARTIGOS ENCONTRADOS	CINHAL - 82	MEDLINE – 99
	TOTAL = 181 → (Após leitura de título/resumo)	

Diagrama 1. Processo de seleção dos artigos para a revisão da literatura



Em apêndice são expostos, sob a forma de tabelas, os 7 artigos selecionados (identificação, finalidade e tipo de estudo, e ainda os resultados / conclusões, do respectivo estudo, com relevância para a questão de pesquisa), apresentando, de seguida, a análise dos mesmos em função dos resultados obtidos.

Na metanálise que desenvolveram, Roberts *et al.* (2005), constataram existir uma redução significativa na duração do TP associada às posições verticais, facto este corroborado por Thies-Lagergren *et al.* (2012) ao reanalisarem um estudo que compara a posição sentada no banco com outras posições de nascimento. Já Ragnar *et al.* (2006), que têm por objetivo no seu estudo comparar a duração do 2º estágio do TP em duas posições verticais (ajoelhada e sentada), constataram não existir diferença significativa entre os grupos.

Relativamente aos partos instrumentais, Thies-Lagergren *et al.* (2011), concluíram que o parto no banco não reduziu o n.º de partos instrumentais, contudo, apenas metade das mulheres do grupo experimental pariu efetivamente no banco, o que pode ter comprometido os resultados obtidos. Thies-Lagergren *et al.* (2012), na reanálise do estudo, concluíram que nenhuma das mulheres que pariu no banco teve um parto instrumental. Roberts *et al.* (2005), na metanálise que desenvolveram, relatam uma redução, embora não significativa, no risco de

parto instrumental e cesariana, associado às posições verticais. No estudo de De Jonge *et al.* (2004), um aumento dos partos instrumentais foi associado à posição supina quando comparada com outras posições de parto.

No que respeita ao trauma perineal, Thies-Lagergren *et al.* (2011) concluíram que o parto no banco não causou consequências adversas em termos de resultados perineais e que pode, inclusivamente, ser protetor contra episiotomia. Em 2012, na reanálise do estudo, os mesmos autores referem não existir aumento de lacerações perineais de 1º, 2º ou 3º grau nas mulheres que pariram no banco e significativamente menos mulheres que pariram nesta posição vertical tiveram uma episiotomia realizada. Na metanálise de Roberts *et al.* (2005), apenas um estudo aborda o trauma perineal, relatando uma redução não significativa para as mulheres que pariram numa posição vertical comparativamente com a posição supina, sendo estes dados considerados insuficientes na conclusão do estudo.

Segundo De Jonge *et al.* (2004) foi encontrado um aumento de episiotomias associado à posição supina. Ainda no mesmo estudo, embora tenha existido uma tendência não significativa para uma diminuição das lacerações de 2º grau na posição supina, quando episiotomias e lacerações de 2º grau são associadas, no sentido de avaliar o trauma perineal, a taxa é superior para a referida posição. Em 2010, De Jonge *et al.* corroboram estes resultados referindo que menos episiotomias e um aumento das lacerações perineais ocorreram numa posição sentada, comparativamente com a posição supina. Acrescentam ainda que mais lacerações labiais foram encontradas em posição semi-sentada, não se verificando diferença nas taxas de períneos intactos entre os diferentes grupos de posição (sentada/semi-sentada e supina). Para Meyvis *et al.* (2012), o parto na posição lateral resultou em menor trauma perineal quando comparado com a posição de litotomia. Foram realizadas menos episiotomias, existindo um aumento na probabilidade de um períneo intacto nessa mesma posição (lateral).

De acordo com Thies-Lagergren *et al.* (2011) apesar da conclusão de uma maior perda de sangue nas mulheres que pariram no banco, não houve diferenças estatisticamente significativas nos níveis de hemoglobina pós-parto em ambos os grupos.

Já em 2004, De Jonge *et al.*, na metanálise que realizaram, constataram existir uma menor perda de sangue estimada e uma menor taxa de hemorragia

pós-parto na posição supina, sem no entanto ser claro se esta é uma diferença real ou estimada. Acrescentam ainda que esta diminuição da perda de sangue observada, pode não ser clinicamente significativa e como tal estes resultados não justificam o uso rotineiro da posição supina para todas as mulheres durante o 2º estágio do TP. Thies-Lagergren *et al.* (2012) referem que, significativamente mais mulheres tiveram uma perda de sangue aumentada no parto no banco, contudo este facto verificou-se em mulheres que tinham sido submetidas a ocitocina sintética durante o 1º estágio do TP, independentemente da posição, o que nos leva a considerar outras variáveis na análise deste resultado.

Relativamente à satisfação, e segundo De Jonge *et al.* (2004), um dos estudos incluídos na metanálise relata a preferência das mulheres pela posição semi-sentada ao invés da supina. De igual modo, um outro estudo refere que menos mulheres que pariram na posição supina gostariam de repetir a posição num próximo parto, comparativamente com aquelas que pariram no banco de parto. Verificou-se ainda um aumento da dor relatada associada à posição supina. Na comparação entre duas posições verticais, Ragnar *et al.* (2006) concluíram que, em primíparas saudáveis, a posição ajoelhada foi associada a uma experiência materna mais favorável e menos dolorosa, comparativamente com a posição sentada.

3.3.2. Prática baseada na evidência

A OE (2006, p.1) entende a “prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis”. Foi neste sentido que, com base na análise da enriquecedora bibliografia encontrada, consegui dar resposta à questão de pesquisa formulada e ainda fundamentar a minha prática com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os resultados da pesquisa e análise bibliográfica permitiram planear intervenções atuais, devidamente fundamentadas na melhor evidência disponível. Constituíram ainda uma fonte de conhecimento consolidada, permitindo a partilha com outros elementos da equipa multidisciplinar e, em particular, com a enfermeira orientadora do estágio em BP. Saliento esta relação construtiva com a

enfermeira orientadora que muito contribuiu para a minha evolução ao longo do EC, colaborando na implementação do meu projeto e possibilitando-me experiências com vista ao desenvolvimento das minhas competências enquanto futura enfermeira obstetra. Realço ainda a oportunidade de desenvolver atividades no âmbito da temática específica noutros ensinamentos clínicos, nomeadamente no EC III (Cuidados de saúde primários) e EC IV (Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal).

No decorrer do EC III, realizado numa UCSP a sul do país, tive a constante preocupação em sensibilizar os casais e promover esta temática, realizando sessões no CPPP, onde, para além de ser transmitida informação pertinente era demonstrado e possibilitado à mulher experimentar as diversas posições que poderia adotar em TP. Simultaneamente, e porque nem todas as grávidas estavam presentes nos CPPP, este tema era ainda abordado nas consultas de enfermagem de vigilância pré-natal e sempre que solicitado pela grávida/casal.

Segundo a ICM (2013, p.2) o enfermeiro obstetra “(...) tem uma tarefa importante no aconselhamento e formação para a saúde, não só junto da mulher, como no seio de toda a família (...)”, pelo que, ainda com o objetivo de melhor elucidar os casais, elaborei um folheto sobre as vantagens e desvantagens das posições não supinas, permitindo à mulher ter informação para consultar e partilhar mais tarde com o seu companheiro/família, no sentido de tomarem decisões informadas, disponibilizando-me para responder a qualquer dúvida.

Também no EC IV foi para mim importante abordar esta temática junto das grávidas, sobretudo das que estavam internadas para indução do TP. Tentei perceber o que já sabiam sobre o tema, qual a sua motivação, explicando as várias posições que poderiam ser adotadas durante o TP e quais as suas vantagens no período expulsivo. Esta abordagem durante o período de internamento, no meu entender, faz todo o sentido, permitindo à mulher ter bases para que possa decidir previamente. A ausência de informação pode constituir-se, na linguagem de Betty Neuman, como um *stressor* que importa contornar. Demonstrar à mulher que valorizamos as suas preferências, que nos importamos com as suas escolhas, que lhe damos uma voz ativa no planeamento do seu parto e que estamos despertos para tudo isto, apoiando-a, torna-se securizante.

Tive igualmente a possibilidade de participar no CPPP que decorreu no hospital onde desenvolvi o EC acima referido (EC IV), tendo abordado esta

temática junto dos casais, acompanhando-os numa visita guiada ao BP, onde visualizaram e experimentaram algum equipamento utilizado como adjuvante para as posições não supinas, como o banco, os panos em suspensão ou a barra na marquesa. Elaborei ainda um poster que apresenta as diferentes posições não supinas e suas vantagens, com o objetivo de veicular informação para os casais, e que serve igualmente como material de trabalho, segundo o feedback dos enfermeiros obstetras que ministram estas sessões.

Ainda no contexto do EC desenvolvido no âmbito da medicina materno-fetal, participei nas consultas de peri-parto, realizadas apenas pelo EEESMO. Cabe ao enfermeiro obstetra promover “ (...) a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade” (Regulamento n.º127/2011, p.8663), o que contempla, a meu ver, os próprios recursos do hospital onde decidiu ter o seu filho e entre eles a possibilidade de parir numa posição não supina. Senti que havia necessidade de sensibilizar os profissionais destes serviços para esta temática e assim permitir-lhes refletir sobre a importância da mesma, pelo que realizei uma sessão sobre as posições não supinas no 2º estágio do TP e a importância do enfermeiro obstetra na sua promoção.

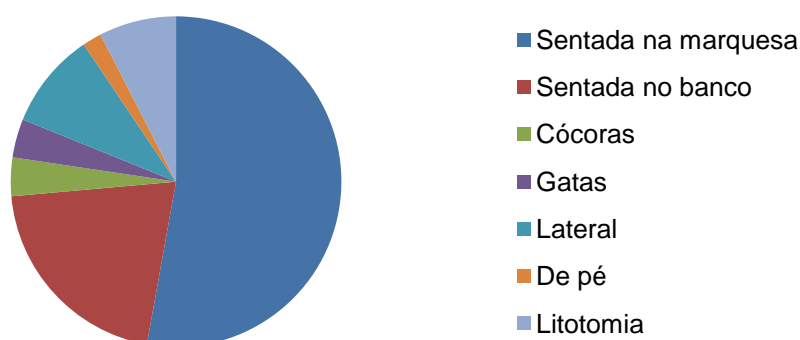
Quando me propus desenvolver esta temática tinha a plena noção de que era em contexto de BP, no EC ER, que poderia ter resultados concretos da promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP. Aqui, esta promoção assume contornos de maior exigência, passando não apenas pelo incentivo, sugestão e informação mas também pelo apoio efetivo e pela disponibilidade de suporte.

As intervenções, planeadas e implementadas com o envolvimento da mulher/casal, tiveram por base a bibliografia consultada, a revisão da literatura e o contexto do EC onde, agradavelmente, me foi permitido aplicar o meu projeto. A recolha de dados, que exponho de seguida, decorreu sempre de um modo informal, através da observação e de momentos de interação registados sob a forma de “notas de campo”. No decorrer do EC ER, considerei pertinente obter dados para os quais estava sensibilizada pela bibliografia mas, simultaneamente, houve sempre a preocupação e a curiosidade de tentar perceber como, enquanto futura enfermeira obstetra, poderia marcar a diferença na qualidade dos cuidados.

Ao longo do EC ER assisti 53 mulheres no 2º estágio do TP que culminaram num parto eutócico nas mais variadas posições.

De entre os 53 partos que assisti, 28 ocorreram na posição sentada na marquesa, 11 sentada no banco, 2 de cócoras, 2 de gatas, 5 na posição lateral, 1 de pé e 4 na posição de litotomia (Gráfico 1).

Gráfico 1: Posições assumidas pelas mulheres que cuidei no 2º estágio do TP (n=53)



Os primeiros partos ocorreram precisamente na posição de litotomia. Dada a minha inexperiência, esta posição permitiu-me visualizar e aceder mais facilmente ao períneo. Posteriormente, comecei a assistir mulheres noutras posições de parto e a adquirir cada vez mais segurança e autonomia. A necessidade de aceder ao períneo deixa de se justificar numa posição não supina, o que de acordo com a bibliografia pode ser protetor desta musculatura, diminuindo o nº de episiotomias, como nos referem Thies Lagergren *et al.* (2011).

Indo ao encontro do que nos dizem Meyvis *et al.* (2012), ao referirem que o parto na posição lateral resulta em menor trauma perineal quando comparado com a posição de litotomia, de entre os 5 partos que assisti numa posição lateral, em 4 deles verificou-se a ocorrência de um períneo intacto, e num uma laceração de 1º grau.

Para abreviar o período expulsivo, realizei 2 episiotomias encontrando-se as parturientes na posição de litotomia. O estudo de De Jonge *et al.* (2004), incluído na revisão da literatura, faz referência a este aumento de episiotomias na posição supina, e, daquilo que foi a minha experiência, não deixa de ser curioso ter obtido dados que vão nesse sentido. Apesar de considerar que foi importante para mim ter a experiência de efetuar esta técnica com a respetiva episiorrafia, não posso descurar o facto de ter sentido a necessidade de realiza-la apenas em

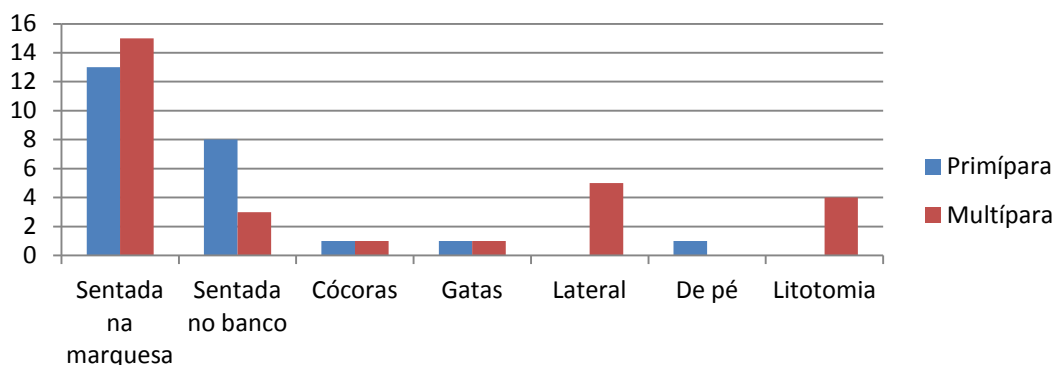
posição de litotomia, o que me permite questionar se esta facilidade no acesso ao períneo não poderá motivar intervenções mais invasivas. Por outro lado, interrogo-me ainda se um posicionamento materno mais confortável e mais fisiológico não permitirá um maior bem-estar materno-fetal e uma melhor colaboração materna, com esforços expulsivos mais eficazes, como nos referem FAME e APEO (2009).

Durante o estágio no BP não me confrontei com a situação de distocia de ombros, o que pode estar associado ao elevado nº de partos que assisti em posições não supinas, uma vez que, nestas posições, e de acordo com FAME e APEO (2009), ocorre uma maximização dos diâmetros pélvicos maternos.

Relativamente à posição sentada, os estudos são controversos no que respeita ao aumento das lacerações perineais. Thies Lagergren *et al.* (2012), concluíram não existir aumento das lacerações perineais (1º, 2º e 3º grau) nas mulheres que pariram no banco, já De Jonge *et al.* (2010), referem um aumento das lacerações perineais associado à posição sentada. Da minha experiência, foi nesta posição que o número de lacerações perineais foi superior (22 lacerações perineais para um n=39). Na posição sentada no banco (n=11), houve mais lacerações de 2º grau (4 Lac. de 2º grau), sendo o n.º de lacerações de 1º grau mais elevado na posição sentada na marquesa (14 Lac. de 1º grau para um n=28). Todavia, o n.º de mulheres com períneo intacto foi igualmente elevado em ambas as posições referidas, com valores de 5 (n=11) e 12 (n=28) para as posições sentada no banco e na marquesa, respetivamente. Tendo em conta a baixa gravidade dos danos perineais e o fator protetor para a realização de episiotomia, considero que estas são posições que não deverão ser desencorajadas, como aliás nos referem De Jonge *et al.* (2010).

Nos resultados do mesmo estudo, os autores obtiveram ainda, embora sem diferença significativa, um menor n.º de mulheres primíparas a parir na posição de decúbito (supina ou lateral). No decorrer do EC ER, e daquilo que foi a minha experiência, apenas mulheres múltiparas pariram nas posições lateral e de litotomia, indo assim no sentido dos resultados obtidos por De Jonge *et al.* (2010). Todas as mulheres primíparas que cuidei, pariram nas restantes posições não supinas, como se pode observar no gráfico 2:

Gráfico 2: Relação entre paridade e posição de parto das mulheres que cuidei no 2º estágio do TP (n=53)



Os autores tendem ainda a estudar a relação entre a duração do 2º estágio do TP e a posição assumida, pelo que, também a este nível, senti curiosidade em perceber como decorreu a minha experiência no EC ER.

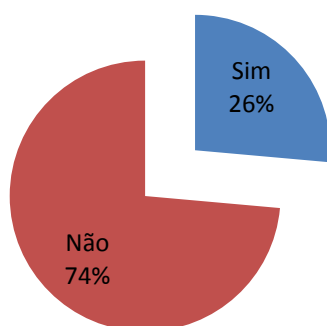
De entre os partos a que assisti nas mais variadas posições, não encontrei diferenças no que respeita à duração do 2º estágio do TP (tendo considerado os intervalos: igual ou inferior a 30 min; entre 30 min e 1 h inclusive, e entre 1 a 2h), indo assim ao encontro da RSL realizada por Kemp *et al.* em 2013. Não deixa de ser curioso o elevado n.º de partos cuja duração do 2º estágio foi igual ou inferior a 30 min em todas as posições (43 partos para um n=53).

Para Selman e Johnston (2013), a duração do 2º estágio do TP varia com a paridade, sendo esperado que seja mais prolongada para primíparas. Ainda de acordo com a WHO (1996), em presença de uma boa condição materno-fetal com evolução no TP, não se justifica estipular uma duração para este estágio, no entanto, um 2º estágio com duração superior a 2h em mulheres que vão ter o seu 1º filho, e superior a 1h em múltiparas, faz decrescer a probabilidade de um parto espontâneo, num prazo razoável, pelo que devem ser equacionadas medidas mais interventivas.

Assim sendo, o facto de apenas múltiparas terem parido em posição de litotomia pode ter concorrido para a diminuição do 2º estágio do TP nesta posição, visto que, e de acordo com os autores supracitados, pela paridade seria esperada, à partida, uma menor duração neste estágio, independentemente da posição adotada.

No que respeita à preparação pré-natal, de entre os 53 partos que assisti apenas 30% das mulheres frequentaram um CPPP. Todavia, a promoção das posições não supinas deve transcender o CPPP e integrar-se na vigilância pré-natal. Assim, e no sentido de avaliar a promoção das posições não supinas neste período, tentei averiguar junto das mulheres que acompanhei e a quem assisti no 2º estágio do TP, se em algum momento da gravidez tinham contactado com informação sobre esta temática (Gráfico 3).

Gráfico 3: Percentagem de mulheres a quem prestei cuidados no 2º estágio do TP com informação sobre posições não supinas (n=53)

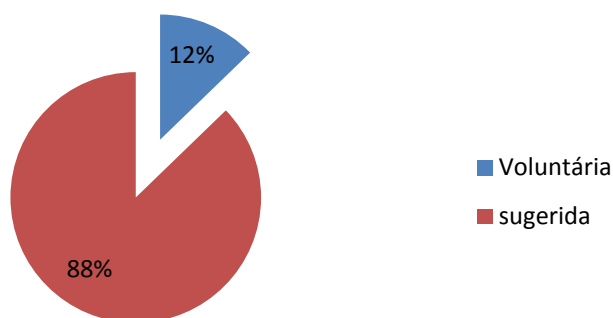


É curioso a enorme percentagem de mulheres a quem assisti no parto, que referiram não ter informação sobre esta temática, estando por isso, do meu ponto de vista, impedidas de tomar decisões esclarecidas. Poderia associar este resultado à elevada percentagem (70%) de mulheres que não frequentaram um CPPP, contudo, algumas mulheres referiram ter tido acesso a esta informação de um modo autodidata (na internet), sendo que a outras, mesmo nos CPPP, não lhes foi facultada. Tendo a crer que, para se promover, é necessário informar, incentivar e apoiar. Estes resultados demonstram assim uma lacuna naquilo que é, a meu entender, uma premissa essencial: a informação fundamentada. É um facto que urge ser melhorado e onde o enfermeiro obstetra assume um papel de extrema relevância. Pela sua pertinência, a informação sobre esta temática deve ser incluída na vigilância pré-natal e a sua abordagem nos CPPP deve ser melhorada.

Acredito que esta falta de informação compromete o planeamento e a decisão esclarecida do casal relativamente ao nascimento do seu filho, mas outro aspeto que importa igualmente aperfeiçoar diz respeito à capacitação desses

mesmos casais para se pronunciarem como ativos no parto. O gráfico 4 espelha a percentagem de mulheres que assumiram uma posição não supina voluntariamente e aquelas a quem foi sugerida.

Gráfico 4: Adoção voluntária/sugerida de posições não supinas pelas mulheres que cuidei no 2º estágio do TP (n=49)



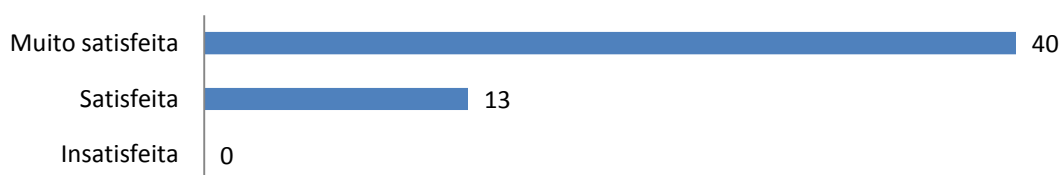
De entre os 49 partos que assisti numa posição não supina, apenas 12% das mulheres verbalizaram voluntariamente a vontade de assumir outra posição de parto que não a de litotomia. Nos restantes partos, a posição adotada foi sugerida e devidamente fundamentada (considerando a evolução do TP), tendo sido sempre negociada com o casal e em particular com a mulher (de acordo com a sua vontade). Embora em alguns casos a mulher já tivesse informação, faltou claramente a iniciativa para abordar a temática tendo verificado inclusive, nalgumas situações, uma certa surpresa associada à minha sugestão e, mais interessante, ao facto de me mostrar disponível para assisti-las noutras posições de parto. Expressões como “a sério que posso ter o bebé sentada?!” ou “não se importa que fique de gatas?!”, demonstram ainda, a meu ver, uma preocupação latente com o profissional de saúde e um reconhecimento implícito do seu poder, quando na verdade o parto é efetivamente da mulher.

A este nível, e no que respeita a esta temática, o enfermeiro obstetra tem um papel fulcral, empoderando a mulher para exprimir as suas preferências e envolvendo o casal no TP. Acredito que esta aparente vulnerabilidade da mulher pode ser atenuada por uma adequada preparação pré-natal e pelo desenvolvimento de uma relação de confiança com o enfermeiro obstetra que a acompanha em TP, minimizando ou eliminando *stressores* que, de acordo com

Betty Neuman, poderão influenciar a sua condição de bem-estar e consequentemente a forma como vivenciam esse momento tão especial.

Outro aspeto que considerei importante apurar, já no puerpério, está relacionado com a satisfação das mulheres que cuidei relativamente à posição assumida no 2º estágio do TP (Gráfico 5).

Gráfico 5: Satisfação das mulheres que cuidei relativamente à posição assumida no 2º estágio do TP (n=53)



Para Roberts e Hanson (2007), as mulheres tendem a verbalizar uma preferência pela posição que adotaram. Curiosamente, nenhuma mulher que cuidei no 2º estágio do TP, referiu estar insatisfeita com a posição que assumiu, mesmo as que pariram na posição de litotomia. Contudo, quando informalmente questionadas sobre se voltariam a repetir a mesma posição num próximo parto, 2 referiram que gostariam de experimentar outras posições, como a sentada e a de cócoras, mulheres estas que pariram na posição de litotomia (Gráfico 6).

Gráfico 6: Possível repetição da posição assumida (num futuro parto) pelas mulheres que cuidei (n=53)



Contactei com todas estas mulheres no internamento de puérperas, onde tive a oportunidade de observar a sua evolução puerperal e a dinâmica familiar na transição para a parentelidade, garantindo assim a continuidade de cuidados. Todas as mulheres apresentaram uma evolução puerperal favorável, revelando autonomia no autocuidado e nos cuidados ao RN. A par da satisfação, tentei

perceber o nível de dor perineal, através de escala numérica (VAS), sendo que o maior nível de dor entre as 24-48 horas pós-parto foi associado à posição de litotomia, possivelmente, devido ao trauma perineal. Uma de entre as 4 mulheres que pariram na posição de litotomia referiu dor no intervalo da escala entre [4 e 7], enquanto apenas 1 das mulheres que pariram sentadas no banco classificou a sua dor no mesmo intervalo, traduzindo-se o último numa menor percentagem. Todas as restantes classificaram a sua dor no intervalo entre [0 e 3]. Para Sayiner *et al.* (2009), a frequência de dor perineal é mais elevada nas mulheres com trauma perineal. Curiosamente, não encontraram diferenças significativas entre mulheres com episiotomia ou lacerações perineais, não estando contudo especificado o grau de laceração. Todavia, concluíram que a frequência de incontinência urinária pós-parto e dispareunia é superior nas mulheres submetidas a episiotomia, o que deve assim justificar a seletividade no seu uso.

Ao longo deste estágio, não observei a presença de edema perineal, entre as 24-48h pós-parto, nas mulheres que assisti durante 2º estágio do TP, embora no puerpério imediato tenha ocorrido em 8 mulheres que pariram em diferentes posições: 2 na posição de litotomia, 3 sentadas no banco, 1 sentada na marquesa e nas 2 que pariram de cócoras.

Expressões como: “Já tinha ouvido falar, mas não pensei que ajudasse tanto!”, “ajudou imenso, deitada não iria conseguir!”, “foi ótimo, melhor do que tinha imaginado!”, transpõem a satisfação com a posição assumida no 2º estágio do TP, mas igualmente com a experiência vivida em parte pela possibilidade de escolha que lhes foi dada. Sublinhar o compromisso desenhado com os casais, vem assim reforçar a importância do investimento que fazemos não só nos cuidados, mas essencialmente nas pessoas de quem cuidamos. As frequentes mensagens de agradecimento por algo que não é mais que o nosso trabalho, espelham a forma como cuidamos e a atenção que damos a quem é alvo dos nossos cuidados, que acredito marcar a diferença e constituir-se como a maior motivação que pude extrair deste EC.

Tudo isto me fez refletir sobre a importância do enfermeiro obstetra na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP. Segundo Nieuwenhuijze e colaboradores (2012), o EEESMO pode contribuir para o cuidado centrado na mulher, explorando proativamente a preferência das mulheres no que respeita às posições de parto, durante a gravidez e TP,

apoiando-as no desenvolvimento de escolhas informadas e facilitando essas mesmas escolhas sempre que possível. De Jonge *et al.* (2008) partilham da mesma opinião, e fazem referência à importância de fornecer informação sobre a temática durante a gravidez, discutindo as preferências de posicionamento, para que as mulheres possam efetivamente ter uma escolha informada, estar preparadas para a imprevisibilidade dos seus sentimentos em TP e para fatores obstétricos que possam interferir com a escolha da posição. Acrescentam ainda a importância de enfermeiros obstetras e alunos adquirirem experiência na assistência a partos em posições não supinas. Já em 2002, Shorten *et al.* apontavam para que as experiências de parto das mulheres refletissem as decisões tomadas em parceria com elementos da equipa multidisciplinar, equipados com conhecimento dos riscos e benefícios das opções e habilitados para implementar essas escolhas, onde o enfermeiro obstetra é sem dúvida preponderante.

São vários os autores, nacionais e internacionais, que sugerem o estímulo a posições alternativas à supina como uma prática a encorajar e onde o enfermeiro obstetra, pela sua autonomia na vigilância pré-natal e na assistência ao parto normal, pode fazer a diferença. Para tal, creio ser necessário investimento pessoal, sensibilização dos profissionais na equipa multidisciplinar, vontade de querer fazer diferente da rotina, fundamentando as intervenções em evidência científica. Foi neste sentido que apresentei esta temática no 1º Congresso Internacional de Saúde Materna, que decorreu na ESEL, sob a forma de comunicação livre e que será posteriormente publicada em formato de artigo. Por outro lado, a formação profissional e académica, assumem igualmente um papel fulcral nesta promoção. A meu ver, é fundamental que os conteúdos teóricos lecionados no CMESMO se baseiem na promoção do parto enquanto processo fisiológico, na autonomia do enfermeiro e na valorização do casal alvo e parceiro de cuidados. Na prática, importa ganhar experiência em assistir o parto numa posição não supina, consciencializando-se da importância da sua atuação junto do casal e da mulher em particular.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traduz o percurso de aprendizagem desenvolvido, sobretudo, no decorrer da UC Estágio com Relatório e o seu contributo para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira obstetra.

Considero que todas as atividades desenvolvidas confluíram para olhar o cuidado à mulher, inserida na família e comunidade, mobilizando, consolidando e transpondo para a prática clínica todos os conhecimentos técnico-científicos que permitissem fundamentar a minha intervenção. Simultaneamente, a experiência da prática clínica, por si só, foi também geradora de um constante aprofundar de conhecimentos, permitindo a análise reflexiva das experiências vividas nos vários contextos de cuidados e desenvolvendo assim uma “prática baseada na evidência”.

A prestação de cuidados no SUOG, permitiu-me desenvolver competências no *cuidar especializado à mulher/família em situação de saúde/doença/risco obstétrico e/ou ginecológico*. O enfermeiro obstetra assume aqui um papel primordial, quer na relação com a mulher e sua família, quer nos cuidados que ministra, refletindo sobre o contexto e a qualidade desses mesmos cuidados prestados. A diversidade de diagnósticos traduzem-se em múltiplas necessidades de cuidados que importa priorizar no acesso ao serviço de urgência e esta foi, sem dúvida, a minha maior dificuldade neste contexto de cuidados. Contudo, considero que evolui grandemente ao longo deste EC, revelando autonomia na identificação dos critérios de gravidade e na atribuição da prioridade clínica no atendimento (triagem).

Da mesma forma, a experiência no BP, permitiu-me atingir o objetivo proposto, no desenvolvimento de competências para *cuidar da mulher/RN e família nos diferentes estádios do TP*. O nascimento de um filho é um acontecimento único e inesquecível, uma experiência que o enfermeiro obstetra pode nitidamente tornar mais marcante para a mulher e família, envolvendo-as no planeamento e na execução de um projeto que tanto lhes pertence: o parto. Foi neste sentido que sempre procurei intervir, prestando cuidados verdadeiramente significativos, numa postura profissionalmente empática, respeitando e

valorizando as pessoas a meu cuidado, avaliando o risco e garantindo a segurança.

Contudo, estou plenamente consciente da responsabilidade, da autonomia, da diferenciação no exercício profissional e intervenção especializada que pretendo continuar a aprimorar.

Abordei ainda a temática sobre *o papel do enfermeiro obstetra na promoção de posições não supinas durante o 2º estágio do TP*. A crescente expectativa dos casais na vivência de um parto normal e os referidos ganhos em saúde e qualidade, aliados à satisfação das famílias, justificam consideravelmente o investimento nesta temática e por conseguinte, o contributo deste trabalho para a minha prática de cuidados. Os enfermeiros, e em particular os enfermeiros obstetras, são os profissionais melhor qualificados para acompanhar os casais neste momento, demonstrando sensibilidade às suas preferências, numa relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na melhor evidência disponível. O sucesso desta prática está assim intimamente ligado ao enfermeiro obstetra e ao seu papel junto dos casais. Todos os contactos com a grávida/casal ou família podem constituir-se como momentos propícios para a abordagem desta temática. A educação para a saúde é uma área privilegiada do enfermeiro, e neste tema em particular, importa informar, sugerir e apoiar os casais, indo ao encontro daquilo que são as suas preferências ou expectativas para o parto.

A abordagem desta temática deve assim cursar a vigilância pré-natal e integrar programas de preparação para a parentalidade, para que o casal possa tomar decisões conscientes, atempadas e informadas. Em TP, o enfermeiro obstetra tem novamente um papel fulcral no que respeita a este tema, informando e sugerindo posições em função da evolução do TP, do conforto da mulher e da sua vontade, garantindo o bem-estar materno e fetal. E por fim, o apoio é vital, assistindo a mulher a parir numa posição não supina se esse for o seu desejo, assegurando a privacidade, a individualidade e a autodeterminação da mesma e garantindo, obviamente, a segurança e a qualidade nos cuidados prestados.

Desenvolver competências no âmbito desta temática, assegurando os aspetos éticos e deontológicos, foi para mim fundamental, constituindo-se como um objetivo que julgo ter atingido mais facilmente devido ao contexto em que o EC decorreu e ao imensurável apoio da enfermeira orientadora. A este nível,

realço ainda a importância da sensibilização para esta temática, motivando os profissionais numa equipa multidisciplinar onde o enfermeiro obstetra pode marcar a diferença.

Saliento como verdadeiramente positivos todos os momentos de aprendizagem e partilha com a equipa multidisciplinar, particularmente com a enfermeira orientadora, com quem partilho a mesma filosofia de cuidados, e que concorreram para o desenvolvimento das competências técnico-científicas e relacionais a que me propus. A autonomia, a responsabilidade, a qualidade técnica, ética e moral, a tomada de decisão, a auto avaliação foram igualmente influenciadas por estes momentos. Gostaria ainda de realçar a importância da docente orientadora no acompanhamento ao longo desta etapa académica, na constante motivação e partilha sempre com vista à minha evolução. Do mesmo modo, todos os momentos de análise e reflexão, permitiram-me desenvolver o pensamento crítico, crescendo enquanto pessoa e profissional, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo competências com vista à humanização, à individualização e à interdisciplinaridade no cuidar especializado. Na generalidade, considero que evolui positivamente ao longo desta UC, ultrapassando receios inevitáveis inerentes a uma área tão específica e desenvolvendo as competências definidas pela OE e pela ICM a nível obstétrico e ginecológico.

Compete ainda ao enfermeiro obstetra desenvolver “os seus conhecimentos e competências, a fim de se manter actualizado na sua profissão” (ICM 2013, p.4) e este é, no meu ponto de vista, um desafio constante. Considero que o enfermeiro obstetra tem também a este nível um papel fundamental, na motivação, na produção de conhecimento, na fundamentação da prática e na promoção da sua autonomia.

Futuramente, gostaria de estudar os resultados maternos/fetais, bem como a satisfação do casal comparando, especificamente, diferentes posições não supinas. Maior conhecimento a este nível pode ser de extrema importância para o aconselhamento individual e para fundamentar a prática. Pretendo ainda elaborar um artigo, para submeter para publicação, relacionado com a temática específica deste relatório, para assim lhe dar maior visibilidade e sensibilizar outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte G. (2013). Continuous Cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). *The Cochrane Library* 5. **DOI:** 10.1002/14651858.CD006066.pub2
- American College of Nurse-Midwives (2008). Providing Oral Nutrition to Women in Labor. *Clinical Bulletin Number* 10, 53 (3), 276-283
- Amorim, M., Porto, A. & Souza, A. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38 (11), 583-591.
- Andersson, O., Domellöf, M., Andersson, D. & Hellström-Westas, L. (2013). Effects of delayed cord clamping on neurodevelopment and infection at four months of age: a randomized trial. *Acta Paediatrica*. 102, 525-531
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P. & Mayerhofer, K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 115, 720-723.
- Bomfim-Hyppólito, S. (1998). Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63 (1), 67-73.
- Caldas, D. B., Remor da Silva, A., Böing, E., Crepaldi, M. & Custódio, Z. (2013). *Atendimento Psicológico No Pré-Natal de Alto-Risco: A Construção De Um Serviço*. *Psicologia Hospitalar*. 11 (1), 66-87. Acedido em 29/07/2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a05.pdf>
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e Maternidade - Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Coords.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (2ª ed.), p. 17-49. Coimbra: Quarteto.
- Coutinho, E. C. (2006). A experiência de ser cuidada na sala de partos. *Revista Sinais Vitais*, 68, 61-66.

- Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 16 (3), 39-43. **DOI:** 10.1624/105812407X217147
- Dahlen, H., Homer, C., Cooke, M., Upon, A., Nunn, R. & Brodrick, B. (2007). Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *BIRTH*, 34 (4), 282-290
- de Jong, P., Johanson, R., Baxen, P., Adrians, V., van der Westhuisen, S. & Jones, P. (1997). Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 104 (5), 567-571.
- De Jonge, A., Diem, M., Scheepers, P., Bruin, K. & Lagro-Janssen, A. (2007). Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(3), 349-355. **DOI:** 10.1111/j.147-0528.2006.01210.x.
- De Jonge, A., Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S. & Lagro-Janssen, A. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *The International Journal of Clinical Practice*. 64 (5), 611-618. **DOI:** 10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x
- De Jonge, A. & Lagro-Janssen, A. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 25(1), 47–55. **DOI:** 10.1080/01674820410001737432.
- De Jonge, A., Teunissen, D., Diem, M.; Scheepers, P. & Lagro-Janssen, A. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing* 63 (4), 347-356, DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x
- De Jonge, A., Teunissen, T. & Lagro-Janssen, A. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 35-45. **DOI:** 10.1080/01674820410001737423

Direcção-Geral da Saúde; *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 05/06/2014. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores e Metas em Saude .pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf)

Du, Y., Ye, M. & Zheng, F. (2014). Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 93, 626-633

Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Dulay, L., Hodnett, E. & Hofmeyr G. (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. (3ª ed). Brasil: Guanabara Koogan.

FAME & APEO (2009). *Iniciativo parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.

Freese, B. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. In A.M. Tomey & M.R. Alligood (Coords). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, p.335-375. Loures: Lusociência.

Gayeski, M. & Brüggemann, O. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto e Contexto Enfermagem*. 19 (4), 774-782

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Nardelli, G. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International*, 1-7.

Golara, M., Plaat, F. & Shennan, A.H. (2002). Upright versus recumbent position in the second stage of labour in women with combined spinal-epidural analgesia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 11, 19–22.

Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (3ª ed). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Gubler, T., Krähenmann, F., Ross, M., Zimmermann, R. & Ochsenbein-Kölble, N. (2013). Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term

- singletons: a Swiss university hospital observational study. *Journal of Perinatal Medicine*, 41 (3), 331-339. **DOI:** 10.1515/jpm-2012-0102
- Gupta, J., Hofmeyr, G. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.5. **DOI:** 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
- Harper, B. (2005). *Gentle birth choices*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press
- Haxton, D., Doering, J. & Gingras, L., Kelly, L. (2012). Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model: Applying Evidence to Practice. *Nursing for Women's Health*. 16 (3), 220-230
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- ICM (2013). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Guidelines Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2012). Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119,111-116.
- Kemp, L., Kingswood, C. & Thornton, J. (2013). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (review). *The Cochrane Library*.
- Lamaze International (2009). *Avoid Giving Birth on Your Back, and Follow Your Body's Urges to Push*. Acedido em: 22/04/2014. Disponível em: <http://www.lamazeinternational.org/p/cm/ld/fid=214>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T. & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15 (2).
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta

- Leal, I., (Coord.) (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, I Série, N.º 57, 2127-2131
- Lothian, J. A. (2014). Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 198-206.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Luna, M., Alonso, C., Mussons, F., Urcelay, I., Conde, J., Narbona, E. & Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría*, 71 (4), 349-36. DOI: 10.1016/j.janpedi.2009.07.012
- Meyvis, I., Bart, R., Goormans, K., Truijten, S., Lambers, S., Mestdagh, E. & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *BIRTH* 39 (2), 115-120
- Mouta, R., Pilotto, D., Vargens, O. & Progiatti, J. (2008). Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev. enferm. UERJ*, 16(4), 472-476.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.). United States of America: Pearson .
- Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korstjens, I. & Lagro-Jansse, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing during second stage of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 33 (1), 25-31.
- Nogueira, J. P. F. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 25-28.
- OE (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 28/8/2015. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

- OE (2013a). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido em: 22/04/2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/ProjectoMaternidadecomQualidade.aspx>
- OE (2013b). *15 Propostas para Melhorar a Eficiência do Serviço Nacional de Saúde – Contributo da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 05/06/2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf.
- OE & APEO (2012). *“Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada”* (Documento de Consenso). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Osuna, A. F. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson
- Paco, C., Florido, J., Garrido, M., Prados, S. & Navarrete, L. (2011). Umbilical cord blood acid-base and gas analysis after early versus delayed cord clamping in neonates at term. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283, 1011-1014. **DOI:** 10.1007/s00404-010-1516-z
- Ragnar, I., Altman, D., Tydén, T. & Olsson, S-E. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 113, 165-170. **DOI:** 10.1111/j.1471-0528.2005.00824.x
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8648-8653.
- Regulamento nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, II série, N.º 35 (18/02/2011) 8662-8666.
- Roberts, C., Algert, C., Cameron, C. & Torvaldsen, S. (2005). A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in

- women with epidural analgesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 84, 794-798
- Roberts, J. & Hanson, L. (2007). Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning. *American College of Nurse-Midwives*, 52 (3), 238-245.
- Romano, A. M. & Lothian, J. A. (2008). Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 94-105. **DOI:** 10.1111/J.1552-6909.2007.00210.x.
- Royal College of Midwives (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour – Positions for Labour and Birth*. Acedido em 14/07/2014. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf>
- Santana, L., Gallo, R., Ferreira, C., Quintana, S. & Marcolin, A. (2013). Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor*. São Paulo. 14 (2), 111-113
- Sayiner, F., Ozerdogan, N., Tozun, M., Giray, S., Kosgeroglu, N. & Unsal, A. (2009). The effect of postpartum perineal trauma on the frequencies perineal pain, urinary incontinence and dyspareunia. *The Internet Journal of Epidemiology*. 8 (1),1-4
- Selman, T. & Johnston, T. (2013). Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 23 (7), 208-213.
- Shorten, A., Donsante, J. & Shorten, B. (2002). Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women About Choices for Vaginal Birth. *BIRTH*, 29 (1),18-27
- Silva, L. B., Silva, M. P., Soares, P. C. & Ferreira, Q. T. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*, 35 (2),101-106.
- Singata, M., Tranmer, J. & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *The Cochrane Library* 8. **DOI:** 10.1002/14651858.CD006066.pub2

- Soong, B. & Barnes, M. (2005). Maternal Position at Midwife-Attended birth and Perineal trauma: Is there an Association?. *BIRTH*, 32 (3), 164-169. DOI: 10-1111/j.0730-7659.2005.00365.x.
- Stremmler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J. & Willan, A. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *BIRTH*, 32 (4), 243-251.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2011). No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*, 11 (22), 1-9.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Chirtensson, K. & Hildingsson, I. (2012). Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomized controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 12 (135), 1-9
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Sandin-Bojo, AK., Chirtensson, K. & Hildingsson, I (2013). Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery*, 29, 344-350.
- WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the Challenges: Maternal Movement and Positioning to Facilitate Labor Progress. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 35 (2), 72-78.

Apêndice

Apêndice – Apresentação dos artigos selecionados para a revisão da literatura

A revisão da literatura baseada na metodologia da RSL teve como questão de pesquisa: *Qual o efeito das posições não supinas (I) na mulher (P), durante o 2º estágio do trabalho de parto, em contexto hospitalar (Co)?*

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis nas bases de dados, em português, inglês ou espanhol, no horizonte temporal de publicação entre 2004 e 2014. Como critérios de exclusão: artigos incompletos nas bases de dados, que não respondam à questão de pesquisa ou que se encontrem duplicados nas diferentes bases de dados.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada a 26 de Agosto de 2014, na plataforma EBSCOHost, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Foi desenvolvida com recurso aos descritores: “Birthing position”/”Birth* position”; “Posture”; “Labor stage, second” e “Midwife*”, e pela combinação de expressões booleanas (OR / AND).

Segue-se a apresentação dos quadros com os resultados / conclusões com relevância para a questão de pesquisa (4ª coluna). A apresentação dos quadros inclui também, na primeira coluna, o autor, o ano de publicação e a fonte, na 2ª coluna apresenta a finalidade do estudo e na 3ª coluna o tipo de estudo. O título de cada quadro corresponde ao título do respetivo artigo.

Quadro 1. “No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Thies-Lagergren, L. <i>et al.</i> 2011 BMC Pregnancy & Childbirth	Testar a hipótese de que o uso de um banco de parto durante o 2º estágio do TP, em mulheres nulíparas saudáveis, diminui o número de nascimentos assistidos instrumentalmente e, pode assim, compensar qualquer aumento do trauma perineal e perda de sangue.	Experimental randomizado	<ul style="list-style-type: none"> • O nascimento no banco de parto, não reduziu o número de partos vaginais instrumentais. • O estudo confirmou um aumento da perda de sangue entre os 500 e os 1000 ml, para as mulheres que pariram no banco. Sem aumento da perda superior a 1000 ml. • Não houve diferenças estatisticamente significativas na hemoglobina pós-parto nos dois grupos, apesar das conclusões de uma perda de sangue maior nas mulheres do grupo experimental. • Parir no banco de parto não causou consequências adversas para os resultados perineais (sem aumento das lacerações ou edema perineal), e pode mesmo ser protetor da episiotomia.

Quadro 2. “Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomized controlled trial considering first-time mothers’ obstetric outcomes in relation to birth position”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Thies Lagergren, L., <i>et al.</i> 2012 BMC Pregnancy & Childbirth	Comparar os resultados obstétricos entre mulheres nulíparas que pariram num banco de parto e em qualquer outra posição e ainda, estudar a relação entre o aumento da ocitocina sintética e a perda de sangue materno.	Re-análise de estudo experimental randomizado	<ul style="list-style-type: none"> • Mulheres que pariram no banco tiveram uma menor duração do TP e foram significativamente menos propensas a receber ocitocina sintética para aceleração do mesmo. • Nenhuma mulher que pariu no banco teve um parto instrumental. • Não houve diferenças para os resultados perineais entre os grupos (nulíparas que pariram no banco e nulíparas que pariram noutra posição). • Não houve aumento das lacerações perineais de 1º, 2º e 3º grau para as mulheres que pariram no banco. • Significativamente menos mulheres que pariram no banco foram submetidas a episiotomia. • Significativamente mais mulheres tiveram um aumento da perda de sangue no parto no banco. A perda de sangue foi ainda aumentada, independentemente da posição, se as mulheres tinham sido expostas a ocitocina sintética no 1º estágio do TP.

Quadro 3. “Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>De Jonge, A., <i>et al.</i></p> <p>2010</p> <p>The International Journal of Clinical Practice</p>	<p>Determinar se as posições de parto (sentada e semi-sentada) devem ser desencorajadas, tendo em vista o risco de trauma perineal.</p>	<p>Análise secundária de estudo de coorte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve diferença na taxa de períneos íntegros entre os diferentes grupos de posição (sentada, semi-sentada e supina). • Menos episiotomias e um aumento das lacerações perineais ocorreram numa posição sentada, comparativamente com a posição supina. • Em posição supina (incluem posição lateral), menos mulheres eram primíparas, embora a diferença não seja significativa. • Mais lacerações labiais foram encontradas em posição semi-sentada. • A posição sentada e semi-sentada não precisam de ser desencorajadas para evitar danos perineais. • As mulheres deverão ser encorajadas a utilizar a posição em que se sentem mais confortáveis.

Quadro 4. “Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
<p>Ragnar, I., <i>et al.</i></p> <p>2005</p> <p>International Journal of Obstetrics and Gynaecology</p>	<p>Comparar, em mulheres primíparas, a duração do 2º estágio do TP em duas posições de parto verticais</p>	<p>Experimental randomizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A duração do TP não diferiu significativamente nas duas posições verticais – sentada ou ajoelhada, no 2º estágio do TP. • Em primíparas saudáveis, a posição ajoelhada foi geralmente associada a uma experiência materna mais favorável, menos dolorosa, comparativamente com a posição sentada. • Não houve evidência de resultados fetais adversos em nenhuma das posições. • Em mulheres com baixo risco obstétrico, a posição ajoelhada poderá ser incentivada.

Quadro 5. “A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Roberts, C. L., <i>et al.</i> 2005 Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	Avaliar a eficácia da manutenção da posição vertical durante o 2º estágio do TP na prevenção de partos instrumentais entre as mulheres que escolhem analgesia epidural.	Metanálise	<ul style="list-style-type: none"> • Posições verticais no 2º estágio do TP foram associadas a uma redução não significativa no risco de parto instrumental e cesariana. • Ambos os estudos relatam uma redução significativa na duração do TP associada às posições verticais. • Dados sobre outros resultados como o trauma perineal, hemorragia pós parto, satisfação materna e bem-estar do bebê eram insuficientes - trauma perineal relatado apenas num estudo, com uma redução não significativa para as mulheres que pariram em posição vertical, comparativamente com a posição supina. • Os autores concluem que: foram insuficientes os dados para mostrar um benefício significativo de posições verticais na segunda etapa do trabalho para as mulheres que optam epidural ou para avaliar os aspetos de segurança, sendo necessário realizar mais estudos.

Quadro 6. “Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
De Jonge, A., <i>et al.</i> 2004 Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	Determinar se a utilização rotineira da posição supina durante o 2º estágio do TP é justificada.	Metanálise	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa mais elevada de partos instrumentais e episiotomias. • Tendência não significativa para uma diminuição das lacerações de 2º grau na posição supina, contudo, maior taxa de lacerações de 2º grau associadas a episiotomia na mesma posição. • Um aumento da dor relatada foi associado à posição supina. • Mais mulheres referem preferir outras posições que não a supina (preferência pela posição semi-sentada ao invés da supina; menos mulheres que pariram em supina gostariam de repetir a posição, comparativamente com as que pariram no banco). • Uma menor perda de sangue estimada e uma menor taxa de hemorragia pós-parto foram encontrados na posição supina, no entanto, não está claro se esta é uma diferença real ou observada (sugerem medições laboratoriais objetivas para avaliar esta diferença). • A diminuição da perda de sangue observada na posição supina, pode não ser clinicamente significativa. • Estes resultados não justificam o uso rotineiro da posição supina para todas as mulheres durante o 2º estágio do TP.

Quadro 7. “Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births”

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO Autor, Ano de Publicação e Fonte	FINALIDADE DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS / CONCLUSÕES COM RELEVÂNCIA PARA A QUESTÃO DE PESQUISA
Meyvis, I. <i>et al.</i> 2012 BIRTH	Investigar os efeitos da posição materna (lateral vs litotomia) e outras variáveis sobre a ocorrência de dano perineal.	Estudo de coorte retrospectivo	<ul style="list-style-type: none">• O parto na posição lateral resultou em menor trauma perineal quando comparado com o parto na posição de litotomia, mesmo após correção para a paridade.• Menos episiotomias foram realizadas na posição lateral.• Há um aumento na probabilidade de um períneo intacto para a posição lateral, quando comparado com a posição de litotomia.

